



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**"Avaliação de um Projeto de Fortalecimento das Capacidades
para Resposta ao HIV: Estudo de Caso na Província de Gaza -
Moçambique"**

Mie Okamura

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM
SAÚDE INTERNACIONAL, ESPECIALIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO**

Dezembro de 2016



Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

"Avaliação de um Projeto de Fortalecimento das Capacidades para Resposta ao HIV: Estudo de Caso na Província de Gaza - Moçambique"

Autora: Mie Okamura

Orientadora: Professora Doutora Sónia Ferreira Dias

Coorientadora: Professora Doutora Zulmira Maria de Araújo Hartz

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, de acordo com o Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores Conducentes à Obtenção do Grau de Doutor pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa (n.º 474/2012) publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223 de 19 de novembro de 2012.

Aos meus pais Yaeko e Heihatiro,

Por acreditar nesta filha, dando o seu apoio espiritual e amor incondicional ao longo de toda a minha caminhada e as condições necessárias para que os estudos fossem a prioridade na minha vida.

Agradecimentos

Deparo-me com esta parte e vejo que as linhas serão insuficientes para demonstrar a minha gratidão por todos que, ao longo da minha jornada acadêmica foram essenciais para a concretização deste projeto.

É inevitável que as minhas primeiras palavras sejam dirigidas à família que atenuaram a minha ausência olhando pelos meus pais, apoiaram-me nos momentos difíceis e festejaram cada um dos meus pequenos sucessos.

À Agência Japonesa de Cooperação Internacional meus sinceros agradecimentos pela oportunidade de trabalhar em Gaza e permitir o acesso e uso das informações do projeto para este estudo.

Aos colegas do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA de Moçambique, aos colegas do Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA da Província de Gaza e pontos focais distritais principalmente na pessoa do Dr Rogério Moreira que facilitou meu trabalho de campo e deu apoio logístico e aos amigos Agostinho Manhique e Gertrudes Jamisse pelo apoio na coleta de dados.

Aos parceiros de implementação da Província e às pessoas da comunidade que sem seus valiosos depoimentos, este estudo não teria se concretizado.

Às professoras Sónia Ferreira Dias e Zulmira Maria de Araújo Hartz pela amizade, competência, dedicação e paciência com que conduziram minha orientação no campo da avaliação.

Aos colegas do curso de doutoramento de Portugal e de tantos outros lugares, pela partilha do conhecimento e momentos de convivência.

Aos meus fiéis escudeiros Rui Stevens e Eduarda Gusmão por suportarem os meus bons e maus dias com amizade e carinho e principalmente para Maria Fernanda Sardella Alvim, que sem ela essa jornada não teria se iniciado.

Para a amiga Zulmira Silva pela cuidadosa revisão deste trabalho.

Para o companheiro e amigo Carlos Alberto Ferreira Alves que, apesar dos percalços da vida sempre acreditou, deu forças e me apoiou nesta jornada do saber com muito carinho.

A Deus, que permitiu manter este corpo e mente sãos para trilhar o caminho do saber.

Resumo

Na agenda das Agências Internacionais de Desenvolvimento, capacidade é um termo bastante corrente. A partir da Declaração de Paris, foi consensuado que o desenvolvimento de capacidades é um processo endógeno de mudança e apropriação local, e enfatiza que é responsabilidade dos países em desenvolvimento potencializarem a sua própria capacidade nacional. Os doadores por sua vez, tem um papel importante ao alinharem o apoio internacional às prioridades locais, na qualidade de catalisadores de conhecimentos por meio da cooperação técnica.

A África sub-saariana, uma das regiões mais pobres do planeta, tem sido foco das agências internacionais de desenvolvimento e os Objetivos do Milênio destacam a importância de atender às suas necessidades especiais. Um dos grandes obstáculos para o desenvolvimento socioeconómico da região, tem sido a pandemia do HIV/SIDA, e o documento salienta a importância do desenvolvimento de capacidades para enfrentar a propagação do HIV/SIDA e outras doenças infecciosas. A resposta ao HIV/SIDA está organizada por um conjunto de intervenções, que são consideradas como uma realidade social complexa, e desenvolver capacidades nesta área é um grande desafio. Existem vários estudos sobre o desenvolvimento de capacidades na área da saúde, com uma diversidade de métodos e estratégias, mostrando o panorama complexo que o tema envolve.

Moçambique, com uma prevalência nacional de 11,1%, está entre os 10 países responsáveis por 75% da carga global da epidemia do HIV no planeta. Dentre as províncias, Gaza detém a maior prevalência com 25,1%. Face aos desafios que a Província de Gaza enfrenta para conter a alta taxa de prevalência, o Governo Provincial submeteu um pedido de apoio ao Governo Japonês, que foi homologado com o nome de Projeto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA para Resposta ao HIV na Província de Gaza. Neste sentido, a presente tese visa contribuir para uma melhor compreensão da implementação deste projeto de cooperação, através de uma síntese analítica de conhecimento dividida em três fases.

A primeira fase constitui-se de uma análise lógica, que descreve as cinco etapas que determinaram o potencial avaliativo da intervenção. A identificação dos documentos relevantes, o envolvimento de atores chaves e potenciais interessados na avaliação, o consenso sobre o modelo lógico da intervenção e sobre o modelo teórico da intervenção foram as etapas que possibilitaram o processo avaliativo.

A segunda fase, através da aplicação de uma ferramenta, avalia-se as capacidades dos níveis provincial e distrital, com foco nas três dimensões do fortalecimento de capacidades: 1) Sistemas e infraestrutura; 2) Estrutura organizacional e 3) Recursos humanos.

Na terceira fase, faz-se uma análise de implementação, de maneira a compreender como foram implantadas as estratégias de coordenação, descentralização e comunicação

do NPCS. Verifica-se o alinhamento das estratégias propostas com as necessidades dos parceiros e comunidade e descreve os fatores externos e internos que influenciaram na implementação do projeto.

A presente tese conclui que, devido ao curto tempo do projeto e a multiplicidade de intervenientes que atuavam na Província de Gaza, não foi possível atribuir os resultados obtidos diretamente ao Projeto. Entretanto, com o apoio do projeto, a estratégia de coordenação trouxe visibilidade a alguns setores e maior fluidez na comunicação entre o NPCS e seus parceiros, assim como uma maior autonomia técnica dos pontos focais.

Palavras-chaves: Capacidade, *developmental evaluation*, HIV, avaliação

Abstract

On the agenda of International Development Agencies, capacity is a very current term. From the Paris Declaration, it was consensual that capacity development is an endogenous process of change and local ownership, and emphasizes that it is the responsibility of developing countries to improve their own national capacity. Donors, on the other hand, has an important role to align international support to local priorities, as catalysts of knowledge through technical cooperation.

The sub-Saharan Africa, one of the poorest regions of the world, has been the focus of international development agencies and the Millennium Development Goals highlight the importance of meeting their special needs. One of the greatest obstacles to socio-economic development of the region, has been the HIV/AIDS, and the document stresses the importance of capacity building to address the spread of HIV/AIDS and other infectious diseases. The HIV/AIDS response is organized by a set of interventions that are considered as a complex social reality, and capacity development in this area is a major challenge. There are several studies on capacity development in health, with a variety of methods and strategies, showing the complex picture that the subject involves.

Mozambique, with a national prevalence of 11.1%, is among the 10 countries responsible for 75% of the global burden of the HIV epidemic. Among the provinces, Gaza has the highest prevalence with 25.1%. Given the challenges that Gaza Province faces to contain the high prevalence rate, the Provincial Government submitted a request for support to the Japanese Government, which has been approved under the name of Project to Strengthen the Capacity of the Provincial Nucleus to Fight Against HIV/AIDS to HIV Response in Gaza Province. In this sense, this thesis is to contribute to a better understanding of the implementation of this cooperation project through an analytical knowledge synthesis divided into three phases.

The first phase consists of a logical analysis that describes the five steps that led to the evaluative likelihood of the intervention. The identification of relevant documents, the involvement of key stakeholders and those interested in the assessment, the consensus on the logical model of intervention and the theoretical model of intervention were the steps that allowed the evaluation process.

By applying a tool, the second phase evaluates the capacity of provincial and district levels, focusing on three dimensions of capacity development: 1) systems and infrastructure; 2) organizational structure and 3) human resources.

In the third phase, an implementation analysis has done in order to understand how the coordination strategies, decentralization and communication at NPCPS were implemented. Verify the alignment of the proposed strategies to the partners and community needs and describes the external and internal factors that influenced the project implementation.

This thesis concludes that, due to the short time of the project and the multiplicity of stakeholders who worked in Gaza Province, it was not possible to attribute the results directly to the Project. However, with the support of the project, the coordination strategy

has brought visibility to some sectors and greater fluidity in the communication between the NPCS and their partners, as well as greater technical autonomy of the focal points.

Key words: Capacity, *developmental evaluation*, HIV, evaluation.

ÍNDICE

ÍNDICE	ix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO	9
1.1 Cenário global do HIV	9
1.2 Contexto socioeconómico e político em Moçambique	11
1.3 Cenário do HIV no país	14
1.4 A Província de Gaza	23
CAPÍTULO 2 - A INTERVENÇÃO: O PROJETO DE FORTALECIMENTO DE CAPACIDADES PARA A REPOSTA DO HIV/SIDA NA PROVINCIA DE GAZA	27
2.1 O problema	27
2.2 A intervenção	28
CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1 Capacidade e desenvolvimento de capacidades	31
3.2 Modelos lógico-teórico e lógico operacional da intervenção	33
3.2.1 O modelo lógico-teórico	33
3.2.2 O modelo lógico operacional	34
3.3 Análise lógica	35
3.4 Análise de implementação	37
3.5 Developmental Evaluation	38
CAPÍTULO 4 - MÉTODOS	41
4.1 Fase I – Análise lógica – Estudo de avaliabilidade	41
4.1.1 Objetivo	41
4.1.2 Procedimento	41
4.2 Fase II – Avaliação de capacidades do nível provincial e nível distrital	44
4.2.1 Objetivo	44
4.2.2 Amostra	44
4.2.3 Instrumento de recolha de dados	45
4.2.4 Procedimento	46
4.2.5 Análise e tratamento dos dados	46
4.3 Fase III - Análise de implementação	47

4.3.1	Objetivos	47
4.3.2	Amostra.....	47
4.3.3	Instrumentos de recolha de dados	48
4.3.4	Procedimento.....	49
4.3.5	Análise e tratamento dos dados	52
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS		55
5.1	Fase I – Análise lógica – estudo de avaliabilidade	55
5.2	Fase II – Avaliação de capacidades do nível provincial e nível distrital..	61
5.3	Fase III - Análise de implementação	78
5.3.1	Fortalecimento de capacidades.....	79
5.3.2	Processo de coordenação	80
5.3.3	Envolvimento (compromisso) dos técnicos no projeto	83
5.3.4	Estratégia de coordenação	85
5.3.5	Estratégia de descentralização.....	87
5.3.6	Estratégia de comunicação.....	89
5.3.7	Habilidades e postura	92
5.3.8	Boas práticas do projeto.....	94
5.3.9	Sustentabilidade	96
5.3.10	Contribuição de projetos bilaterais.....	98
5.3.11	Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade 101	
5.3.12	Atividades desenvolvidas na comunidade.....	111
5.3.13	Papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA	116
5.3.14	Papel da liderança na resposta ao HIV/SIDA	118
5.3.15	Papel das organizações da sociedade civil na resposta ao HIV/SIDA 120	
5.3.16	Papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA	123
5.3.17	Informações sobre o HIV/SIDA.....	126
5.3.18	Análise documental.....	129
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES		143
6.1	Discussão	143
6.1.1	Estratégia de coordenação	143
6.1.2	Estratégia de descentralização.....	144

6.1.3	Estratégia de comunicação.....	145
6.1.4	Aspetos do fortalecimento de capacidades que podem ser evidenciados 147	
6.1.5	Percepções sobre o papel do NPCS e pontos focais para uma efetiva resposta multissetorial ao HIV/SIDA	150
6.1.6	Sustentabilidade	150
6.1.7	Boas práticas do projeto.....	151
6.1.8	Fatores contextuais internos que influenciaram na implementação do projeto 153	
6.1.9	Fatores contextuais externos que influenciaram na implementação do projeto 154	
6.2	Referências a limitações do estudo	160
6.3	Considerações éticas	162
6.4	Conclusões	162
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
	ANEXOS	1

Índice de figuras, quadros e anexos:

Índice de figuras:

Figura 1: Principais causas de morte prematura em Moçambique, 1990 e 2013 e percentual de mudança, 1990 e 2013.....	14
Figura 2: Estrutura de Coordenação da Resposta ao HIV/SIDA em Moçambique.....	18
Figura 3: Prevalência de Moçambique por Região e por Província, INSIDA - 2009. ...	21
Figura 4: Tendências da Prevalência do HIV na população adulta em Moçambique, RVE - 1998 a 2009.	23
Figura 5: Desenho do estudo de caso.....	50
Figura 6: Modelo lógico – Componente coordenação.....	58
Figura 7: Modelo lógico – Componente descentralização.....	58
Figura 8: Modelo lógico – Componente comunicação.....	59
Figura 9: Modelo teórico da intervenção - esquematizado.....	60
Figura 10: Modelo teórico da intervenção – detalhado	60
Figura 11: Área normativa - Divulgação dos documentos essenciais - NPCCS.....	62
Figura 12: Área normativa – Divulgação dos documentos essenciais - CDCS.....	62
Figura 13: Apoio político –NPCCS.....	63
Figura 14: Apoio político – CDCS	64
Figura 15: Infraestrutura – NPCCS	65
Figura 16: Infraestrutura – CDCS.....	66
Figura 17: Necessidade de aumento dos fundos e dependência financeira externa em percentuais – NPCCS	67
Figura 18: Necessidade de aumento dos fundos e dependência financeira externa em percentuais – CDCS	68
Figura 19: Encontros de coordenação por setores – NPCCS	69
Figura 20: Encontros de coordenação por setores – CDCS.....	70
Figura 21: Atividades de monitoria e avaliação – NPCCS	71
Figura 22: Atividades de monitoria e avaliação – CDCS	72
Figura 23: Apoio técnico aos parceiros – NPCCS	73
Figura 24: Apoio técnico aos parceiros – CDCS	73
Figura 25: Comunicação – NPCCS	74
Figura 26: Comunicação - CDCS	75
Figura 27: Capacidade de reposta da área programática, por função – NPCCS	76
Figura 28: Capacidade de reposta das outras áreas – NPCCS.....	77
Figura 29: Capacidade de reposta do ponto focal – CDCS	77
Figura 30: Treinamento em planeamento estratégico - Distribuição por tipo de participante e por distrito	136

Índice de quadros:

Quadro 1: Taxas de prevalência em Moçambique desagregado por sexo, área rural e urbana, grupos etários, INSIDA - 2009.	21
Quadro 2: Tendências da taxa de prevalência do HIV em Moçambique segundo região e área rural e urbana, RVE – 2009.....	22
Quadro 3: Contribuições e condicionamentos para execução do Projeto.....	30
Quadro 4: Diferentes abordagens do desenvolvimento/construção de capacidades.....	33
Quadro 5: Caracterização dos especialistas em HIV/SIDA.....	45
Quadro 6: Lista de documentos relacionados ao contexto do projeto	55
Quadro 7: Categorização dos participantes do workshop.....	56
Quadro 8: Potenciais usuários da avaliação e seu papel na avaliação	56
Quadro 9: Caracterização dos especialistas em avaliação	59
Quadro 10: Dimensões do fortalecimento de capacidades e áreas correlatas.....	61
Quadro 11: Temas e categorias das entrevistas	78
Quadro 12: Categoria dos informantes e codificação por tipo	79
Quadro 13: Fortalecimento de capacidades - categorias e subcategorias	79
Quadro 14: Processo de Coordenação - categorias e subcategorias	81
Quadro 15: Envolvimento dos técnicos no projeto – categorias e subcategorias	83
Quadro 16: Estratégia de coordenação – categorias e subcategorias.....	85
Quadro 17: Estratégia de descentralização - categorias e subcategorias	87
Quadro 18: Estratégia de comunicação - categorias e subcategorias	89
Quadro 19: Habilidades e postura – categorias e subcategorias	92
Quadro 20: Boas práticas do projeto – categorias e subcategorias	94
Quadro 21: Sustentabilidade – categorias e subcategorias	96
Quadro 22: Contribuição de projetos bilaterais: categorias e subcategorias	98
Quadro 23: Caracterização dos grupos focais por distrito, tipo e grupo e sexo	100
Quadro 24: Temas e categorias dos grupos focais.....	100
Quadro 25: Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade - noção de risco e subcategorias.....	101
Quadro 26: Categoria - Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade - vulnerabilidade e subcategorias	106
Quadro 27: Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade – demais categorias e subcategorias	108
Quadro 28: Atividades na comunidade – categorias e subcategorias	111
Quadro 29: Papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA – categorias e subcategorias	116
Quadro 30: Papel da liderança na resposta ao HIV/SIDA - categorias e subcategorias	118
Quadro 31: Papel das organizações na resposta ao HIV/SIDA - categorias e subcategorias.....	120
Quadro 32: Papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA - categorias e subcategorias	123
Quadro 33: Informação sobre HIV/SIDA - categorias e subcategorias.....	126

Quadro 34: Coordenação - Atividades e produtos por ano.....	130
Quadro 35:Descentralização – Atividades e produtos por ano.....	132
Quadro 36: Comunicação – Atividades e produtos por ano	133
Quadro 37: Característica do público alvo das formações de monitoria e avaliação entre 2012 e 2015.....	134
Quadro 38: Caracterização dos assessores para o projeto de fortalecimento de capacidades	135
Quadro 39: Caracterização dos técnicos formados em planejamento estratégico no Brasil	135
Quadro 40: Itens do projeto modificados por componente e ano de alteração.....	137
Quadro 41: Constrangimentos e soluções reportados durante a vigência do projeto, por ano e fonte de informação.....	138
Quadro 42: Relatórios elaborados no âmbito do projeto e pelo NPCS por ano	140
Quadro 43: Lista de outros produtos resultantes do projeto	140
Quadro 44: Lista dos sistemas estabelecidos pelo projeto para uso do NPCS	141

Índice de anexos:

Anexo 1: Matriz de desenho do projeto	3
Anexo 2: Instrumento de avaliação de capacidades – CDCS	7
Anexo 3: Instrumento de avaliação de capacidades – NPCS	15
Anexo 4: Guião de entrevista semiestruturada	23
Anexo 5: Roteiro para Grupo Focal - Líderes comunitários	27
Anexo 6: Roteiro para Grupo Focal - (Organizações da Sociedade Civil Comunitárias de Base e Organizações Não Governamentais Internacionais)	29
Anexo 7: Roteiro para Grupo Focal – Comunidade (mulheres)	33
Anexo 8: Roteiro para Grupo Focal – Comunidade (homens)	35
Anexo 9: Formulário de Consentimento Informado para entrevistas	37
Anexo 10: Formulário de Consentimento Informado para grupos focais	39
Anexo 11: Grelha de análise – entrevistas	41
Anexo 12: Grelha de análise - grupos focais	47
Anexo 13: Parecer do Conselho de Ética IHMT	53
Anexo 14: Parecer do Comité Nacional de Bioética para a Saúde - Moçambique	55

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ARV	Antirretroviral
CNBS	Comité Nacional de Bioética para a Saúde
CDCS	Comissão Distrital de Combate ao SIDA
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
FAO	<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i> (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura)
GAAC	Grupo de Adesão e Apoio Comunitário
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Virus da Imunodeficiência Humana)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i> (Agência Japonesa de Cooperação Internacional)
MISAU	Ministério da Saúde
NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA
OCB	Organizações Comunitárias de Base
ODM	Objetivos para Desenvolvimento do Milénio
ODM	Organizações Democráticas de Massa
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i> (Organização para a Cooperação Económica e Desenvolvimento)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

OSC	Organizações da Sociedade Civil
PARPA	Programa Alargado para Redução da Pobreza Absoluta
PEN	Plano Estratégico Nacional
PES	Plano Económico e Social
POA	Plano Operativo Anual
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica
SADEC	<i>Southern African Development Community</i> (Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral)
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento antiretroviral
UNAIDS	<i>The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA)
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i> (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)
UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Session</i> (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e SIDA)
UNL	Universidade Nova de Lisboa

INTRODUÇÃO

Na agenda das Agências Internacionais de Desenvolvimento, capacidade é um termo bastante corrente, entretanto os conceitos e significados variam a depender da perspectiva de quem utiliza. Alguns olham sob o prisma do desenvolvimento de habilidades e formação a nível individual e outros como uma ferramenta ou um meio para melhorar os resultados e o desempenho do sistema (Morgan, 2006, Ubels, 2010).

A expressão fortalecimento de capacidades, induz à ideia de robustecer, melhorar o desempenho, o funcionamento a ação ou prática de uma capacidade pré-existente. Desta maneira, é um termo mais alinhado com a ideia de desenvolvimento de capacidades (*capacity development*) que da construção de capacidades (*capacity building*). A primeira, enfatiza a existência e a necessidade de apoiar e facilitar processos de desenvolvimento endógeno efetivos ao passo que a segunda, parte de uma premissa de criar algo do início com o uso de especialistas externos, sem reconhecer ou considerar a capacidade inerente e processos existentes.

O discurso sobre desenvolvimento de capacidades esteve sempre associado à cooperação para o desenvolvimento (Land et al., 2015). Este termo, apareceu no início da década de 90 de maneira a agregar as várias estratégias de desenvolvimento, salientando a importância da apropriação e do processo, reavaliando a noção de cooperação técnica e tornando-se uma via para o desenvolvimento. É um conceito abrangente que acabou por agrupar outros conceitos relacionados ao desenvolvimento como: desenvolvimento organizacional, desenvolvimento comunitário, desenvolvimento rural integrado e desenvolvimento sustentável, e que pode ser considerado um conceito guarda-chuva (Morgan, 1996, Lusthaus, 1999). São estratégias e metodologias utilizadas para ajudarem as organizações e sistemas a melhorarem o seu desempenho, e que abordam problemas complexos e multifacetados que requerem a participação de diversos atores, organizações e instituições.

Numa revisão feita de 40 anos de experiência em desenvolvimento (OECD, 2006), concluiu-se que os doadores e países parceiros tinham uma tendência de olhar para o desenvolvimento de capacidades exclusivamente como um processo técnico, de transferência de tecnologia, o que explica em grande parte a lacuna dos doadores em

reconhecer a importância da apropriação e liderança local, e terem subestimado a importância do contexto político onde esses esforços estão estabelecidos.

A entrada para o novo milênio foi um marco que permitiu às lideranças mundiais refletirem sobre os desafios globais, e estabelecerem políticas inclusivas para que os países em desenvolvimento e economias em transição possam melhorar seu desempenho na governação e no desenvolvimento local para a redução da pobreza e das desigualdades, acelerando assim o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (United Nations, 2000). Para tal, evidenciaram a relevância de um maior aporte monetário a estes países, entretanto salientaram que o desenvolvimento de capacidades e de forma sustentável, é um componente crucial para que a ajuda internacional tenha eficácia. (OECD, 2005/2008).

A Declaração de Paris de Efetividade da Ajuda¹ harmonizou e alinhou orientações sobre o apoio e prestação de contas dos doadores internacionais, e delineou um conjunto de compromissos assumidos pelos seus signatários e, complementado pela Agenda de Accra e Busan (OECD, 2011) priorizou e enfatizou o consenso de que o desenvolvimento de capacidades é um processo de mudança endógeno de apropriação e liderança local. Portanto, é da responsabilidade dos países em desenvolvimento potencializarem a sua própria capacidade nacional, definindo objetivos específicos no seu plano de desenvolvimento. Todavia, destaca-se o importante papel dos doadores e seus peritos no fortalecimento dessas capacidades ao alinharem o apoio internacional com as prioridades, sistemas e procedimentos locais, e na qualidade de catalisadores e facilitadores de conhecimentos por meio da cooperação técnica, como estratégias para a

¹ Declaração de Paris: Documento redigido durante o Fórum de Alto Nível de Efetividade da Ajuda ocorrido em Paris em 02 de Março de 2005, onde as lideranças mundiais resolvem tomar ações monitoráveis de longo prazo para reformar os meios em que se concedem e gerem a ajuda, tendo em vista a revisão de cinco anos da Declaração do Milênio e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da ONU. As resoluções desta declaração delineiam cinco princípios (apropriação, alinhamento, harmonização, foco em resultados e responsabilidade mútua) de forma a tornar a ajuda mais eficaz, e dão seguimento às Declarações adotadas no Fórum de Alto Nível sobre Harmonização em Roma (Fevereiro de 2003) e os princípios fundamentais apresentados no Mesa Redonda de Marraquexe sobre Gestão para resultados de desenvolvimento (Fevereiro de 2004), na convicção de que a ajuda internacional traz grande impacto na redução da pobreza e desigualdades e no aumento do crescimento global.

redução da pobreza e desenvolvimento nacional (OECD, 2005/2008), ou seja, de criarem um ambiente favorável que contribua para o desenvolvimento sustentável do país. O Banco Mundial reforça, em outras palavras, que o desenvolvimento de capacidades é um processo de aprendizagem conduzido localmente pelas lideranças e outros agentes de mudança, de maneira a transformar os fatores sociais, políticos e organizacionais e assim evidenciar a apropriação local, para que a partir da eficácia e eficiência desses esforços possam alcançar seu objetivo de desenvolvimento (Otoo, 2009).

Um aspecto relevante deste processo que deve ser enfatizado, é a existência de duas vertentes do desenvolvimento de capacidades e como estas se inter-relacionam. A primeira como um processo local de mudança e evolução, que diz respeito à mudança socio-organizacional no país, a dinâmica de poder e controle, a influência da cultura e da história, a busca de legitimidade, a emergência de novos valores e atitudes, entre outros que em muitos aspectos vão além da capacidade de influência ou mesmo de compreensão dos doadores. A segunda, como uma intervenção apoiada por um doador nesse processo que corresponde à assistência técnica, à adaptação, à gestão dos recursos do projeto, à gestão baseada em resultados e aprendizagem organizacional. Desta maneira os doadores e intervenientes externos devem ter em mente que a primeira pode ser de longa duração e ter um caráter mais político, e o segundo ter um prazo mais curto por ser eminentemente técnico, e a compreensão da inter-relação desses dois processos é crucial para a eficácia global da intervenção (Morgan, 1998).

As evidências que demonstram a implementação e a efetividade das intervenções no campo do desenvolvimento de capacidades é muito pequena em comparação com o montante investido ao longo das décadas pelos doadores nas suas diversas áreas (Oomman, 2007, Warren et al., 2013, Bowser et al., 2014). De acordo com o Banco Mundial, a maioria dos esforços não passaram por um processo sistemático de avaliação das necessidades, são fragmentados e não incluem o seguimento adequado de medidas que promovam a mudança organizacional e o desenvolvimento de habilidades individuais. Portanto faz-se necessária uma abordagem mais abrangente e sustentável assim como de melhores ferramentas para monitorar e avaliar esses esforços. A deficiência desses elementos leva a uma dificuldade em comparar os resultados e entre os programas e identificar boas práticas para replicação (Otoo, 2009). Desta maneira, estratégias focadas

nos resultados (World Bank, 2011) tem sido utilizadas seguindo guiões estruturados para tal (Otoo, 2009, UNDP, 2009a).

Considerando que a África Subsaariana é uma das regiões mais pobres do planeta e que detém o maior número de países com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com um índice médio de 0,502 e uma expectativa de vida à nascença de 56,8 anos (UNDP, 2014a), a Declaração do Milénio traz um forte enfoque para o continente africano, destacando a importância de atender às suas necessidades especiais. Um dos grandes entraves para o desenvolvimento socioeconómico da região, tem sido a pandemia do HIV/SIDA. Ao longo dos anos, tem ceifado um grande número de vidas e deixando em seu rasto milhares de crianças órfãs e vulneráveis (COV). Desta maneira, a declaração salienta a importância do desenvolvimento de capacidades para enfrentar a propagação do HIV/SIDA e outras doenças infecciosas.

A resposta ao HIV/SIDA é organizada por um conjunto de intervenções sociais para a promoção à saúde e que são consideradas como “uma realidade social complexa que funciona como sistema” (Rey et al., 2013), uma vez que além da questão de saúde-doença, estão também implicados uma série de determinantes que tem impacto socioeconómico no seio da família, da comunidade e no país como um todo, exigindo uma multiplicidade de atores e ações coordenadas (Craig et al., 2008, Ogilvie et al., 2011). Desta maneira, é necessário ver como as iniciativas são afetadas pelo sistema ou parte dele e portanto, desenvolver capacidades nesta área passa a ser um grande desafio.

Alguns estudos sobre o desenvolvimento de capacidades na área da saúde, mostram a diversidade de métodos e estratégias utilizadas, dando um panorama da complexidade que o tema envolve assim como sua aplicação no terreno. Estratégias de fortalecimento dos sistemas (Sanchez et al., 2011, Drobac et al., 2013, UNDP, 2014b, UNDP, 2014c, Semrau et al., 2015), fortalecimento da capacidade organizacional com foco em gestão, monitoria e avaliação (Hunter, 2006, Sobeck and Agius, 2007, Okihiro et al., 2014, Mpofu et al., 2014, Zhao et al., 2015), estratégias comunitárias que envolvam organizações de base comunitária ou a própria comunidade (Liberato et al., 2011, Kauye et al., 2011, Giugliani et al., 2014, Sahay et al., 2014), e na capacitação dos recursos humanos em temáticas específicas (Dizon et al., 2011, Sanou et al., 2014, Bell and Marais, 2015, Davari et al., 2015), assim como no âmbito da pesquisa (Airhihenbuwa et al., 2011,

Thornicroft et al., 2012, Bennett et al., 2013, Haafkens et al., 2014, Ogundahunsi et al., 2015) cujos resultados são cruciais para informar os gestores a estabelecerem as prioridades de saúde. Esses esforços são verificados não só nos países em desenvolvimento mas também em países em outros níveis de desenvolvimento (Dean et al., 2014, Rosenthal et al., 2014, Aluttis et al., 2014), uma vez que este é o pilar para o alcance dos objetivos traçados por cada instituição e ou país. Embora a maioria dos estudos façam uma abordagem no âmbito da construção de capacidades, a análise dos mesmos revela que se tratam de estratégias de desenvolvimento de capacidades, uma vez que visa fortalecer as estruturas, competências e habilidades já existentes.

No âmbito do HIV, podemos encontrar estratégias voltadas para o fortalecimento dos sistemas (Sturchio and Cohen, 2012, Palen et al., 2012, Sgaier et al., 2014), para o fortalecimento das organizações não governamentais (Mayberry et al., 2009, Sharma et al., 2013), no campo da gestão, monitoria e avaliação (Matovu et al., 2011, Mbondo et al., 2013), pesquisa (Njie-Carr et al., 2012, Vian et al., 2013, McGregor et al., 2015) e recursos humanos (Ndwiga et al., 2014).

Olhando particularmente para Moçambique, os processos estão mais voltados para o fortalecimento dos sistemas de saúde (Moon et al., 2010, Sherr et al., 2013, Schwarcz, 2015, Pfeiffer et al., 2010) e dos recursos humanos para a saúde, temas bastante críticos para um país que carece desses profissionais (WHO, 2010, WHO, 2011, Sherr et al., 2012) mostrando os ganhos e desafios que afetam o sistema nessa área (Sherr et al., 2009, Ferrinho, 2012, Dgedge et al., 2014) e enfatizando que nem sempre a ajuda internacional proporciona ambiente propício para a sustentabilidade (Cailhol et al., 2013). Entretanto poucas são as estratégias publicadas que olham para o desenvolvimento de capacidades no âmbito do fortalecimento da resposta ao HIV/SIDA, concernente à coordenação da resposta multissetorial incluindo a resposta comunitária, setor privado e outros setores públicos que estão fora do dito sistema de saúde.

Neste contexto surgiram as seguintes perguntas avaliativas que o estudo procurou responder:

- 1- A implementação do Projeto de Fortalecimento de Capacidades do NPCPS para a Resposta do HIV na Província de Gaza ocorreu conforme esperado? Esteve alinhada com as necessidades dos parceiros e da comunidade?

- 2- Quais os aspetos do fortalecimento de capacidades que podem ser evidenciados?
- 3- Quais foram os fatores contextuais que influenciaram na implementação do Projeto de Fortalecimento de Capacidades do NPCCS para a Resposta do HIV na Província de Gaza?

Com base nestas perguntas, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar o Projeto de Fortalecimento de Capacidades do NPCCS para a Resposta ao HIV na Província de Gaza – Moçambique entre os períodos de Abril de 2012 a Março de 2015.

Em termos de objetivos específicos, propõe-se com o desenvolvimento deste trabalho:

1. compreender como foram implementadas as estratégias de coordenação, descentralização e comunicação e se estavam alinhadas com as necessidades dos parceiros e da comunidade;
2. descrever em que aspetos ocorreu o fortalecimento de capacidades do NPCCS; caracterizar o papel do NPCCS e pontos focais para a resposta ao HIV na perspetiva dos participantes do estudo;
3. analisar os fatores externos e internos que influenciaram na implementação do projeto.

O Projeto de Fortalecimento de Capacidades do NPCCS para Resposta ao HIV/SIDA na Província de Gaza foi implementado em uma Província com 25,1% de prevalência do HIV na população geral, num contexto socio-económico-cultural de pobreza, migração, poligamia e práticas tradicionais. Este trabalho parte do pressuposto que a capacitação dos técnicos do NPCCS e pontos focais nos distritos piloto, poderia fortalecer a resposta multisetorial para o HIV/SIDA. Além disso, a melhoria na capacidade de coordenação e gestão a nível da Província e dos distritos promoveria maior integração dos diferentes atores da resposta, com economia de recursos e abordagem mais efetiva no combate ao HIV/SIDA.

O presente estudo está estruturado em três partes. A primeira parte é composta pelo primeiro capítulo que versa sobre a situação epidemiológica do HIV/SIDA na perspetiva global e local e como Moçambique, tem-se inserido na política de combate à epidemia. O capítulo dois, que descreve de forma sucinta e concisa o projeto avaliado, fruto do apoio do Governo Japonês ao Governo de Gaza em resposta à epidemia,

evidenciando os problemas e as estratégias propostas para a solução dos mesmos. E o capítulo três, que evidencia todo o referencial teórico que fundamentou o estudo.

A segunda parte é constituída pelos capítulos quatro e cinco que consiste na apresentação da investigação empírica e que detalha o estudo em três fases distintas: I) análise lógica feito por meio de um estudo de avaliabilidade; II) avaliação de capacidades do nível provincial e nível distrital e III) análise de implementação que é feita por meio de um estudo de caso. O capítulo cinco descreve os respectivos resultados.

A terceira e última parte consiste no capítulo seis, que consiste nas discussões, considerações éticas, conclusões e recomendações, de maneira a contribuir e auxiliar o Governo de Moçambique e o Governo Japonês no aprimoramento do projeto para possível expansão da estratégia e na tomada de decisões para futuros projetos desta natureza.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO

1.1 Cenário global do HIV

O Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/SIDA (UNAIDS) estimou que em 2013, 35 milhões de pessoas em todo o mundo estavam a viver com HIV. Deste total, cerca de 71% vivem na África Subsaariana, sendo considerada a região mais afetada pela epidemia (UNAIDS, 2014). A epidemia varia entre as regiões e países. Atualmente, quinze países respondem por 75% da carga global da epidemia e dez deles encontram-se na África Subsaariana.

O número de infetados aumenta consideravelmente a cada ano. No presente, 12,9 milhões de pessoas em todo o mundo estão a receber tratamento antirretroviral. Os esforços para conter a epidemia fizeram com que houvessem avanços na oferta de serviços e medicamentos antirretrovirais, entretanto, 42 países da África Subsaariana ainda têm uma cobertura de ARV igual ou inferior a 40%². Somado a este fator, há o contínuo aumento de novos casos de infeção, que embora tenham decrescido em 33% entre 2005 a 2013, continuam com índices bastante elevados. Em 2013, ocorreram 1,5 milhões de novas infeções pelo HIV somente na África subsaariana, sendo que a África do Sul, Nigéria e Uganda respondem por quase 48% de todas as novas infeções da região (UNAIDS, 2014).

Adicionalmente, 80% dos dezasseis milhões de mulheres acima dos 15 anos que vivem com HIV, encontram-se também na África Subsaariana. Nesta região, o principal fator impulsionador da epidemia são as transmissões heterossexuais, característico de um cenário epidemiológico generalizado. As relações múltiplas concorrentes (Pettifor et al., 2005, Shisana et al., 2014), violência baseada no gênero (Maman et al., 2002, Shamu et al., 2011, Durevall and Lindskog, 2015) e sexo transacional e intergeracional (Pettifor et al., 2005, Hawkins et al., 2009, Ramjee and

² UNAIDS: A percentagem de pessoas vivendo com HIV e que não estão a receber medicamentos antirretrovirais reduziu de 90% em 2006 para 63% em 2013. Dos 12,9 milhões que estão a receber antirretrovirais, 5,6 milhões foram adicionados desde 2010. Um terço (33%) deste aumento ocorreu na África do Sul, seguidos pela Índia com 7%, Uganda 6%, Nigéria, Moçambique, Tanzânia e Zimbabwe com 5% respetivamente. Ou seja, três em cada quatro pessoas a receberem tratamento antirretroviral no mundo vivem na África Subsaariana onde a necessidade é mais premente.

Daniels, 2013a, Shisana et al., 2014) são alguns dos fatores relacionados ao aumento da vulnerabilidade e do risco de infecção pelo HIV entre raparigas adolescentes e mulheres jovens (Maman et al., 2002, UNAIDS et al., 2004, Pettifor et al., 2005, Shamu et al., 2011, Ramjee and Daniels, 2013a, Shisana et al., 2014, Dellar et al., 2015, Durevall and Lindskog, 2015). Já em outras regiões do mundo, o sexo masculino é o mais afetado, e reflete a característica de uma epidemia concentrada em determinados grupos, denominados como populações chaves (UNAIDS, 2014), e nesse grupo encontram-se profissionais do sexo e seus clientes, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis (Strathdee and Stockman, 2010) etc.

O HIV é uma infecção crônica que tem um profundo impacto no desenvolvimento socioeconômico a nível individual, da família, da comunidade e dos países (Bachmann and Booyesen, 2003, Hosegood, 2009, Iya et al., 2012, Zhang et al., 2012). A elevada taxa de morbimortalidade entre a camada adulta jovem, afeta a capacidade produtiva, deixando uma grande quantidade de crianças órfãs e vulneráveis aos cuidados de familiares que são geralmente idosos. A reduzida capacidade produtiva, de geração de renda e segurança alimentar, constituem uma grande ameaça para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio³, principalmente nos países em desenvolvimento. Além de colocar em risco, o próprio objetivo de combater a epidemia do HIV/SIDA, a pandemia coloca em risco também todos os outros sete objetivos (De Cock et al., 2013, Kerber et al., 2013, Dye, 2014).

As famílias são as primeiras a sentirem o impacto da epidemia do HIV/SIDA. As dificuldades financeiras agravam, nos casos em que a pessoa infetada seja responsável pelo rendimento familiar, com consequente redução ou perda de rendimentos devido aos longos períodos de abstenção do trabalho (Bachmann and Booyesen, 2003, Iya et al., 2012). Estudos mostram que os custos diretos e indiretos⁴ podem chegar a mais de 10% da renda

³ *Unites Nations General Assembly, Resolution 55/2 of 9 September 2000.* Declaração de Milênio das Nações Unidas que estabeleceu 8 objetivos a serem alcançados até 2015: 1 - Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2 - Atingir o ensino básico universal; 3 - Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; 4 - Reduzir a mortalidade infantil; 5 - Melhorar a saúde materna; 6 - Combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças; 7 - Garantir a sustentabilidade ambiental; 8 - Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

⁴ Russel 2004: Custos diretos referem-se às despesas do agregado familiar ligado com a busca ao tratamento, e que também incluem despesas não-médicas como transporte e alimentação especial. Os custos indiretos referem-se à perda de tempo de trabalho produtivo para o paciente e para os cuidadores.

familiar, trazendo uma carga económica considerável à já empobrecida família (Russell, 2004). Adicionalmente, o tratamento da pessoa infetada pode traduzir-se num aumento de 30 a 40 % no uso da renda familiar (Feulefack et al., 2013). Estes custos são muitas vezes difíceis de serem estimados devido ao longo período de doença (Kumarasamy et al., 2007, Parker et al., 2009, Beauliere et al., 2010) e são aumentados à medida que a mesma chega à sua fase terminal, acrescidos ainda pelos custos do funeral (Ngalula et al., 2002).

Durante o longo período de doença, a perda de rendimento e o custo de cuidar de um membro da família acaba por empobrecer as famílias, levando ao absentismo dos familiares na escola e no trabalho para poderem cuidar do ente enfermo (Campbell et al., 2012, Zhang et al., 2012, Pinto et al., 2013). Além disso a epidemia do HIV/SIDA impõe desafios adicionais aos locais onde a doença carrega um estigma social pesado, com grande consequência na adesão e retenção ao tratamento e serviços (Campbell et al., 2012, Hodgson et al., 2014, Andrade and Iriart, 2015).

A África Subsaariana é ainda responsável por 68% das mortes em decorrência da SIDA sendo a Nigéria e a África do Sul responsáveis por 14% e 13% respetivamente, tendo a tuberculose como a principal causa de mortalidade entre as pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2014). Nesta região, até 2025, são esperadas adicionalmente cerca de 100 milhões de mortes em consequência da pandemia, ou seja, os países terão em 10 anos, menos 14% de habitantes do que deveriam ter sem a existência do HIV. Desta maneira, entre 2020 a 2025, a expectativa de vida ao nascer nos países da África Subsaariana de uma maneira geral, será reduzida em 10 anos e nos países mais afetados em 30 anos (UNAIDS, 2014). Com este cenário, a reorganização familiar, a orfandade e a segurança alimentar acabam por trazer desafios adicionais às políticas e aos sistemas (Hosegood et al., 2007, Meintjes et al., 2010, Schatz et al., 2011).

1.2 Contexto socioeconómico e político em Moçambique

Moçambique é um país da África Subsaariana que foi profundamente afetado pela guerra civil ocorrida entre 1977-1992, após a sua independência de Portugal, e que teve reflexos imensos no seu desenvolvimento socioeconómico. Com a assinatura do Acordo de Paz em 1992, alcançou pouco a pouco a estabilidade interna com as sucessivas

eleições gerais multipartidárias que ocorreram em 1994, 1999, 2004, 2009 e 2014 e com elas, o processo de democratização e início do crescimento económico. Entretanto, com uma infraestrutura frágil deixada pelo colonialismo e posteriormente arruinada pela guerra, o país possuía uma limitada capacidade de recursos humanos qualificados, para operacionalizar a sua economia e efetuar a sua gestão (Matsinhe, 2006).

Logo depois da independência, devido ao apoio recebido durante o período da luta armada por países com tendências socialistas, Moçambique declarou-se uma nação socialista de orientação marxista-leninista (Matsinhe, 2006). Entretanto, com a adesão às instituições de Bretton Woods⁵ e pressão dos doadores, a partir de 1987 iniciou uma mudança gradativa de uma conjuntura política socialista marxista para uma ideologia voltada para a economia de mercado e democracia neoliberal (World Bank, 2005). Em decorrência deste processo, começou a implementar o Programa de Reabilitação Económica e a receber recursos externos para o seu desenvolvimento.

Voltado para o Oceano Índico, Moçambique está estrategicamente localizado, com portos de saída como Maputo, Beira e Nacala, que ligam os países da África Austral para outras regiões como a Europa, Oriente Médio e Ásia. Além de sua importância geográfica, a descoberta recente de recursos minerais abundantes como o carvão mineral e gás natural e o desenvolvimento do setor agrícola, faz com que o país tenha um potencial para ser a força motriz para o desenvolvimento regional. A injeção de recursos de doadores externos assim como alguns megaprojetos como o de fundição de alumínio, gás natural e da usina hidroelétrica, tem mantido o país num crescimento económico favorável de cerca de 7% nas duas últimas décadas e com tendências de aumento para 8% para os próximos anos (World Bank, 2015).

No ano de 2000, o país foi alvo de cheias e ciclones de dimensões catastróficas que causaram severos danos. Pelo menos 700 pessoas perderam a vida, 650.000 ficaram desabrigadas e o setor agropecuário e pesqueiro foi devastado afetando um quarto de toda a população. Este episódio demandou uma massiva ajuda internacional no salvamento das pessoas com risco de afogamento, e na logística para o alojamento das

⁵ Instituições de Bretton Woods são o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Criados em Bretton Woods, New Hampshire, EUA, em julho de 1944 durante uma reunião de 43 países, com o objetivo de ajudar a reconstruir a economia falida após a Segunda Guerra Mundial e promover a cooperação económica internacional baseados em tomadas de decisão consensuais e de cooperação. Vide em <http://www.brettonwoodsproject.org>

peças desabrigadas. A economia moçambicana ficou lesada em cerca de 600 milhões de dólares devido às perdas diretas de infraestrutura e bens e perdas indiretas relacionadas à redução da produção/exportação, aumento das importações, aumento de 66% dos derivados de petróleo, aumento dos preços ao consumidor. A taxa de crescimento naquele ano caiu para 2,1% comparado com os 8% do ano anterior, e cerca de 320 milhões de dólares americanos foram desembolsados por doadores para apoiar na reconstrução económica do país (World Bank, 2000, World Bank, 2005).

Apesar deste cenário, Moçambique demonstrou para a comunidade internacional uma grande capacidade de recuperação. Com apoio de doadores, o país alcançou importantes melhorias no seu desempenho económico. O rendimento *per capita* subiu de 130 USD em 1995 para 610 USD em 2013 (World Bank, 2015) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das Nações Unidas subiu de 0,216 em 1990 (INE, 2012) para 0,393 em 2013 (UNDP, 2015a). Entretanto, apesar do desempenho económico e das potencialidades em recursos naturais, quase 60% da população vive abaixo da linha de pobreza com menos de US\$1,25 por dia. Moçambique está ainda entre os dez países com pior IDH, ocupando o 178º lugar entre os 187 países, e uma esperança de vida à nascença de 50,25 anos (UNDP, 2015a), ou seja menor que a média esperada para este quartil que é de 59,1 anos. Isso pode estar a sofrer influência das altas taxas de prevalência de doenças infecciosas como o HIV e malária que assolam o país.

Um estudo colaborativo e multicêntrico realizado pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2013b) sobre carga de doença global, analisou e quantificou, entre outros dados, a magnitude dos anos de vida perdidos (*Years of Life Lost - YLL*) em decorrência da mortalidade prematura. A Figura 1 mostra as 10 principais causas de morte prematura em Moçambique num período de 23 anos (1990 a 2013). A malária passa do 1º para o 2º lugar na classificação, entretanto o SIDA passa do 35º para o 1º lugar na causa de morte prematura em Moçambique.

Figura 1: Principais causas de morte prematura em Moçambique, 1990 e 2013 e percentual de mudança, 1990 e 2013.

Causa - Classificação em 1990		Classificação em 2013 - Causa		% de mudança 1990-2003
Infeções respiratórias baixas	1	1	HIV/SIDA	6,721%
Malária	2	2	Malária	-28
Doenças diarreicas	3	3	Infeções respiratórias baixas	-75
Sarampo	4	4	Doenças diarreicas	-79
Desnutrição proteico-energética	5	5	Tuberculose	-50
ITS	6	6	Sepse neonatal	-28
Tuberculose	7	7	Encefalopatia neonatal	-48
Meningite	8	8	ITS	-68
Complicações de parto prematuro	9	9	Complicação de parto prematuro	-56
Encefalopatia neonatal	10	10	Lesões resultantes de acidentes rodoviários	-20
Sepse neonatal	12	13	Desnutrição proteico-energética	
Lesões resultantes de acidentes rodoviários	16	14	Meningite	
HIV/SIDA	35	22	Sarampo	

Fonte: Adaptado de IHME, 2013.

Em termos de política estruturante para o país, o Governo elaborou dois instrumentos denominados Programa Alargado para Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) I e II que vigoraram entre 2000 a 2005 e 2006 a 2009 respetivamente e que operacionalizavam os planos de Governo (República de Moçambique, 2006), sendo depois sucedidos pelo Plano Quinquenal do Governo para 2010-2014. A estratégia defende o desenvolvimento económico por pilares como Governação, Recursos Humanos e Desenvolvimento Económico, tendo como elemento comum a consolidação da unidade nacional pela construção da Nação Moçambicana na etapa PARPA e posteriormente por um Plano Quinquenal. Este, com um maior número de pilares: 1) Consolidação da Unidade Nacional, Paz e Democracia; 2) Combate à Pobreza e Promoção da Cultura de Trabalho; 3) Desenvolvimento Humano e Social; 4) Desenvolvimento Económico; 5) Boa Governação, Descentralização, Combate à Corrupção e Promoção da Cultura de Prestação de Contas; 6) Reforço da Soberania; 7) Reforço da Cooperação Internacional (República de Moçambique, 2010a).

1.3 Cenário do HIV no país

Foi dentro de um cenário socioeconómico e político de reconstrução pós guerra e calamidades naturais que o HIV instalou-se como uma epidemia de grande magnitude em Moçambique. O primeiro caso de SIDA reportado foi em 1986 (República de Moçambique, 2010b), e desde então a epidemia tem aumentado numa escala sem

precedentes. Neste mesmo ano, foi criada pelo então Ministro da Saúde, a Comissão Nacional da SIDA, que atuaria como órgão de aconselhamento ao Ministério da Saúde (MISAU) na condução dos programas de combate ao SIDA e o Centro de Coordenação da SIDA que deveria gerir a implementação dos programas (Matsinhe, 2006, República de Moçambique, 2004).

Esta Comissão passa a ser mais operacional e efetiva a partir da sua reorganização em 1988, que incluía membros do MISAU, outras áreas governamentais assim como as Organizações Democráticas de Massa⁶, Partido Frelimo, organizações religiosas, meios de comunicação entre outros, numa abordagem multisetorial. Adicionalmente, com a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da SIDA (PNPCS) no âmbito do MISAU, é delineado o primeiro Programa de Médio Prazo para cobrir o período de 1988 a 1990, com o apoio técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS). Subsequentemente, as fases II entre 1990 e 1991 e III entre 1992 e 1993 são implementadas (Matsinhe, 2006).

Neste meio tempo, a Constituição da República promulgada no país em 1990 introduziu o estado de direito democrático, abrindo espaços para o multipartidarismo criando-se assim bases para a assinatura dos acordos de paz e consequentemente a possibilidade de existirem outras formas de organização social além das Organizações Democráticas de Massa. É nesta fase que o país testemunha o nascimento de muitas organizações não-governamentais que se empenham na luta contra o SIDA.

Nos anos subsequentes à assinatura dos Acordos de Paz em 1992 e consequente fim da guerra civil, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do SIDA é expandido para todo o país. Por volta de 1996, a OMS sai de cena e entra o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA), com um mandato para dinamizar a resposta global ao HIV/SIDA, envolvendo outras estruturas além da saúde numa

⁶ Organizações Democráticas de Massa, vide FRANCISCO, A. 2010. *Sociedade Civil em Moçambique Expectativas e Desafios*, Maputo, Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE.: “Até as reformas do sistema político e jurídico, introduzidas pela Constituição da República de 1990, a sociedade civil formal moçambicana ficou circunscrita e dominada pelas chamadas Organizações Democráticas de Massas (ODM), incluindo a Organização da Juventude Moçambicana (OJM), Organização da Mulher Moçambicana (OMM), sindicatos dos trabalhadores, entre outras. As ODM assumiam-se como os “braços” do partido Frelimo, sendo por ele totalmente instrumentalizadas e profundamente alienadas da diversidade de interesses dos grupos que diziam representar”.

abordagem multissetorial (Matsinhe, 2006). Nesta altura, o Banco Mundial era o financiador da resposta no país. O seu objetivo era de evitar as implicações devastadoras da epidemia e seu impacto negativo sobre o desenvolvimento humano, social e económico. A sua visão, preconizava uma abordagem não só do ponto de vista clínico e da saúde, mas multissetorial e com o envolvimento do mais alto nível de lideranças políticas. Entretanto, a resposta nacional não estava a corresponder à visão estratégica do Banco. De maneira a seguir as recomendações do Banco e dar resposta a esta visão estratégica o Governo elaborou, com o apoio e envolvimento de diversos atores, o Plano Estratégico Nacional I (PEN-I) (Matsinhe, 2006).

A aprovação do PEN-I pelo Conselho de Ministros levou à criação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), para coordenar a implementação da estratégia nacional de combate ao HIV/SIDA. Este Conselho, presidido pelo Primeiro-ministro, integrava os ministros dos setores da Saúde (Vice-Presidente), das Relações Exteriores e Cooperação, da Educação, do Plano e Finanças, da Juventude e Desportos e o da Mulher e Ação Social demonstrando assim um compromisso de alto nível segundo as expectativas do Banco. Além disso, era composto por cidadãos designados pela sociedade civil, associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) e o Secretariado Executivo, que foi criado fora do âmbito da saúde para a implementação de uma resposta multissetorial (República de Moçambique, 2004).

O PEN-I surgiu como um documento de referência e orientação para gestores de programas e projetos, com um conjunto de estratégias e princípios definidos, centrados na prevenção (República de Moçambique, 2000). Para a sua implementação, e em resposta à demanda do Banco Mundial, surge a figura do agente facilitador⁷, para uma resposta menos centrada no governo e um maior envolvimento da sociedade civil (República de Moçambique, 2004). Neste ínterim, o MISAU elaborou em 2003 o Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA do Setor Saúde para 2004-2008 de maneira a colmatar lacunas em relação às necessidades de cuidado e tratamento das pessoas portadores de HIV e SIDA, que nessa altura rondavam 1.500.000 de infetados e

⁷ Agente facilitador: seriam ONG nacionais ou internacionais com comprovada experiência de gestão de projetos superiores a 20 mil dólares, que dispunham de infraestrutura e outros recursos para o apoio a organizações locais menores, na implementação das ações.

110.000 com SIDA (Ministério da Saúde, 2004). Além disso, o MISAU necessitava dinamizar a resposta de maneira a adequar-se ao pacote financeiro dos doadores⁸. Ou seja, coube a esta entidade a responsabilidade de conduzir as estratégias de prevenção, cuidado e tratamento organizando os serviços e sistemas de saúde e ao CNCS de mobilizar as diferentes estruturas: outros setores públicos, o setor privado e a sociedade civil.

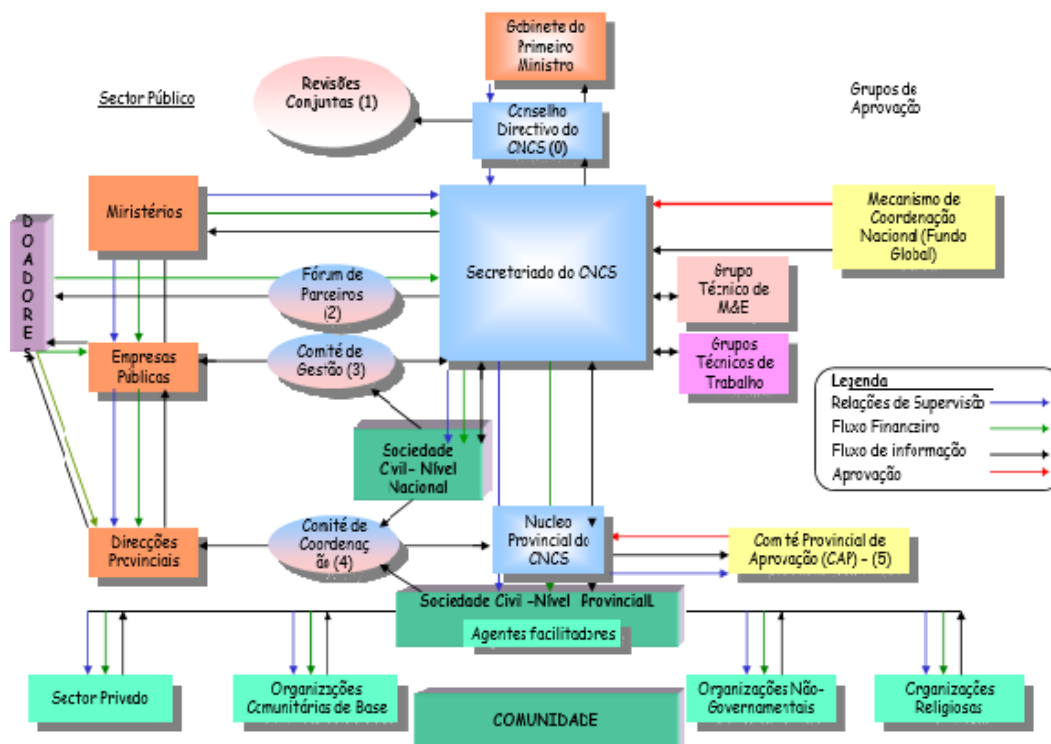
Paralelamente ao Plano Estratégico da Saúde, foi elaborado o PEN-II para os anos de 2004 a 2009, com o objetivo de dar continuidade aos ciclos de planificação, enfatizar fortemente o caráter multisetorial e destinar recursos para a sociedade civil na implementação das ações locais. Para este plano, foram consideradas sete áreas prioritárias: 1) Prevenção; 2) Advocacia; 3) Estigma e Discriminação; 4) Tratamento; 5) Mitigação das Consequências; 6) Investigação; 7) Coordenação da Resposta Nacional. Objetivos gerais e específicos foram definidos para cada área, assim como o estabelecimento de estratégias e metas e indicadores. Nesta altura, estavam registados no sistema de informação do CNCS, 523 organizações onde 83% atuavam no apoio e atendimento comunitário e 17% em redução do impacto económico e social (República de Moçambique, 2004). A partir de 2005, o HIV e SIDA passam a ser integrados em muitos documentos e políticas, em especial no PARPA II (2006-2009), demonstrando o compromisso do governo na adoção de uma abordagem abrangente na resposta nacional à epidemia do HIV e SIDA. Neste período, alinhado com o PEN-II, foi elaborada a Estratégia de Resposta ao HIV e SIDA na Função Pública para 2009-2013 de maneira a dinamizar a resposta setorial e harmonizar os esforços que têm sido realizados de forma fragmentada pelas diferentes instituições da função pública e integrar as atividades do HIV e SIDA nos Planos Económicos e Sociais (PESs) e Planos Operativos Anuais (POAs) setoriais e governos locais (Ministério da Função Pública, 2009).

Em 2009 foi formulado o terceiro Plano Estratégico Nacional (PEN-III) a vigorar entre 2010 a 2014, tendo como princípios orientadores: o respeito pelos direitos humanos; a multisetorialidade da resposta; a orientação para resultados baseados em evidências; a economia de recursos; o reforço dos sistemas; o respeito ao contexto sociocultural e

⁸ O “Fundo Comum” com do apoio do Banco Mundial, a iniciativa da Fundação Bill Clinton e a iniciativa PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*) do Presidente George Bush, todas elas exigiam do MISAU a concretização de projetos específicos (verticais) para cuidado e tratamento do HIV/SIDA, prevenção da transmissão vertical, aconselhamento e testagem entre outros.

moçambicanização da mensagem; o aproveitamento de mecanismos e estruturas legalmente estabelecidas no contexto da descentralização das intervenções. Desta maneira a coordenação da Resposta ao HIV/SIDA em Moçambique ficou estruturada conforme mostra a Figura 2 a seguir:

Figura 2: Estrutura de Coordenação da Resposta ao HIV/SIDA em Moçambique.



Fonte: Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010 - 2014.

Como eixos principais, foram elencados quatro componentes: 1) redução do risco e vulnerabilidade; 2) prevenção; 3) cuidado e tratamento e 4) mitigação do impacto. Para que estes componentes pudessem efetivamente ser implementados, o CNCS considerou “imperioso o estabelecimento de uma base sólida de gestão da resposta”. Desta maneira, as áreas de suporte necessárias seriam:

a) Coordenação multissetorial: para promover uma coordenação e articulação com os diversos parceiros de implementação e de cooperação, obedecendo ao princípio dos Três Uns (Um único Órgãos de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação);

b) Monitoria e avaliação: para promover uma melhoria do sistema de recolha de dados e garantir que os indicadores estabelecidos possam ser medidos, conduzindo para uma gestão baseada em resultados;

c) Pesquisa operacional: para informar o processo de tomada de decisão, baseados em evidência, e assim orientar uma planificação e gestão mais adequadas para o perfil da epidemia para rever, avaliar e melhorar a resposta ao HIV/SIDA;

d) Comunicação: para promover abordagens integradas de comunicação adequadas ao resultado comportamental que se pretende alcançar, com respeito à diversidade cultural e tradição, combinando os diversos meios de comunicação onde os meios de comunicação de massa deverão ser priorizados;

e) Mobilização de recursos: para buscar a sustentabilidade das ações e de serviços na área do HIV e SIDA. Para tal, o desenvolvimento de cenários fiscais de planificação de recursos a médio e longo prazo torna-se crucial, de maneira a facilitar o processo de mobilização de recursos junto da comunidade internacional e como complemento aos esforços nacionais;

f) Reforço de sistemas: para garantir existência e expansão de infraestruturas adequadas para a resposta (logística de insumos, espaço físico adequado etc), existência, formação e retenção de recursos humanos qualificados e motivados nos diversos setores (República de Moçambique, 2010b).

Ao longo dos anos, o Governo de Moçambique ratificou importantes convenções e protocolos internacionais e regionais, com vista a travar o avanço da epidemia do HIV, associando-se assim à comunidade internacional num esforço global. Entre os instrumentos globais destacam-se: a) A Declaração de Compromisso da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e SIDA (UNGASS) e b) Os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio ambos em 2001.

No âmbito regional, o Governo de Moçambique ratificou: 1) o Protocolo de Saúde da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral⁹, em 1999; 2) a Declaração de

⁹ Assinado pelos líderes de Governo, em seu artigo 10 relativo ao HIV/SIDA preconiza a harmonização das políticas nacionais, desenvolvimento de políticas e estratégias regionais, padronização do sistema de vigilância e compartilhamento de informação (Southern African Development Community 1999).

Abuja¹⁰, em 2001; 3) a Declaração de Maseru¹¹, em 2003; 4) A Declaração de Maputo¹², em 2003; 5) A Declaração de Gaborone¹³, em 2005; 6) Cimeira especial de Abuja¹⁴, em 2006;

O governo, no seu papel de coordenador da resposta, necessitava conduzir uma estratégia multisetorial envolvendo: os vários setores, iniciativa privada, as organizações não-governamentais, parceiros de cooperação e sociedade civil para obter uma resposta efetiva em todos os níveis de governação: nacional, provincial e distrital. A partir do momento em que Moçambique passou a ratificar os vários acordos regionais e internacionais, estruturou políticas claras de combate ao HIV/SIDA refletidos nos respetivos Planos Estratégicos Nacionais. Com isso, o país passou a estabelecer uma política mais abrangente e integrada e a receber apoio de agências multilaterais, bilaterais assim como de organizações não-governamentais internacionais e locais para lutar contra a epidemia.

Moçambique, com uma epidemia predominantemente de transmissão heterossexual, é hoje considerado um dos 10 países responsáveis por 75% da carga global da epidemia no planeta (UNAIDS, 2014). Segundo o Inquérito Nacional de Prevalência,

¹⁰ Chefes de Estado da União Africana reconhecem o HIV como uma emergência com impacto negativo no desenvolvimento, comprometendo-se a trabalhar para conter e reverter o cenário, colocando o HIV na agenda continental. AFRICAN UNION 2001. Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other Related Infectious Diseases.

¹¹ Reafirma o compromisso político dos Líderes da Comunidade para Desenvolvimento da África Austral (SADEC) sobre o HIV e SIDA. Estabelece as áreas de prioridade e ação urgentes, incluindo: prevenção do HIV e mobilização social; melhoria no cuidado e tratamento, acesso ao aconselhamento e testagem; mitigação do impacto; mobilização de recursos, fortalecimento institucional e de mecanismos de monitora e avaliação. SOUTHERN AFRICAN DEVELOPMENT COMMUNITY 2003. Maseru Declaration on the fight against HIV and AIDS.

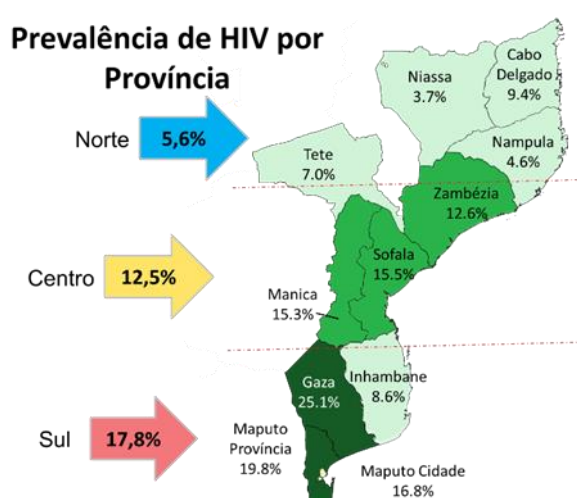
¹² As lideranças da União Africana expressam sua determinação na busca de parcerias com doadores, sociedade civil e empresas de maneira a ampliar o acesso ao cuidado e tratamento para o maior número de pessoas, com ênfase em mulheres e crianças órfãs e outras pessoas vulneráveis, em consonância com os princípios da igualdade de acesso e equidade de gênero. AFRICAN UNION 2003. Maputo Declaration on Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases (ORID).

¹³ Os Ministros de Saúde dos países membros, comprometem-se no acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio, por meio de um sistema de prestação de serviços de saúde integrado. AFRICAN UNION 2005. On a Roadmap Towards Universal Access to Prevention, Treatment and Care.

¹⁴ Atualiza as Declarações de 2000 e 2001. Estabelece recomendações para uma ação acelerada de acesso universal ao cuidado e tratamento das três maiores epidemias que assolam o continente: HIV/SIDA, tuberculose e malária. Foi construído em torno de sete pilares de ação: 1) liderança a nível nacional, regional e continental; 2) mobilização de recursos; 3) proteção de direitos; 4) redução da pobreza; 5) fortalecimento dos sistemas de saúde através da prevenção da doença, tratamento, cuidados e apoio; 6) acesso a medicamentos e tecnologias acessíveis; 7) pesquisa e desenvolvimento. AFRICAN UNION 2006. Abuja Call for Accelerated Action Towards Universal Access to HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria Services in Africa.

Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/SIDA realizado em 2009, o primeiro estudo de base populacional feito no país, a prevalência nacional é de 11,1% nos adultos entre 15 a 49 anos de idade, com grandes variações regionais. A região sul e centro possuem as maiores prevalências com 17,8 % e 12,5% respetivamente e a região norte é a mais baixa com 5,6%. Dentre as províncias, Gaza detém a maior prevalência com 25,1% e Niassa a menor prevalência com 3,7%, mostrando uma grande diferença entre elas, conforme ilustra a Figura 3 (INS et al., 2010).

Figura 3: Prevalência de Moçambique por Região e por Província, INSIDA - 2009.



Fonte: Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/SIDA em Moçambique – INSIDA, 2009.

Entre adultos de 15 a 49 anos de idade, e desagregando por sexo, a prevalência entre as mulheres é de 13,1% e de 9,2% entre os homens. As áreas urbanas apresentam uma prevalência de 15,9% nesta mesma faixa etária, ao passo que nas áreas rurais é de 9,2%. No caso dos jovens de 15 a 24 anos de idade, a prevalência entre as raparigas é 3 vezes maior que entre os rapazes, conforme mostra o Quadro 1 a seguir (INS et al., 2010).

Quadro 1: Taxas de prevalência em Moçambique desagregado por sexo, área rural e urbana, grupos etários, INSIDA - 2009.

Característica	Sexo e grupo etário	Prevalência
Nacional	Mulheres e Homens de 15-49 anos	11,5%
	Mulheres de 15-49 anos	13,1%
	Homens de 15-49 anos	9,2%
Urbana	Mulheres e Homens de 15-49 anos	15,9%
Rural	Mulheres e Homens de 15-49 anos	9,2%
Jovens	Mulheres de 15-24 anos	11,1%
	Homens de 15-24 anos	3,7%
Adolescentes	Ambos os sexos de 12-14 anos	1,8%

Crianças	Ambos os sexos, 0-11 anos	1.4%
	Ambos os sexos, 0-11 meses	2.3%

Fonte: Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/SIDA em Moçambique – INSIDA, 2009.

O relatório da Ronda de Vigilância Epidemiológica – RVE (INS et al., 2011), embora utilizando uma metodologia diferente (unidades sanitárias sentinelas em gestantes) que o INSIDA, mostra o mesmo comportamento da epidemia com maiores taxas na região sul e menores na região norte, e maiores na zona urbana que na rural (Quadro 2).

Quadro 2: Tendências da taxa de prevalência do HIV em Moçambique segundo região e área rural e urbana, RVE – 2009.

Característica	Prevalência mediana do HIV ¹				
	2001	2002	2004	2007	2009
Região					
Sul	15.2%	16.8%	20.0%	20.3%	22.2%
Centro	16.0%	15.4%	19.1%	15.4%	15.1%
Norte	6.0%	8.3%	10.1%	7.4%	7.9%
Localização					
Urbano	15.3%	18.0%	19.0%	18.7%	22.1%
Rural	9.0%	12.0%	12.7%	9.4%	9.5%
Nacional	14.2%	13.7%	16.0%	13.2%	13.7%

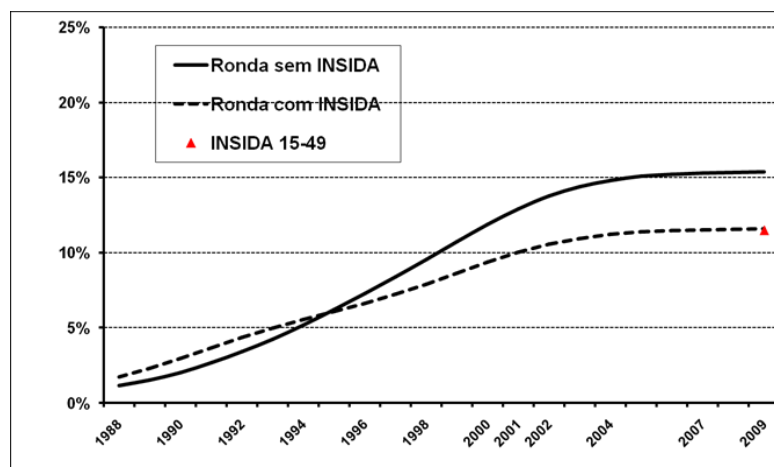
Nota: 1. Entre 2002 e 2004 a RVE fechou dois postos urbanos e abriu dois novos postos rurais, portanto as Unidades Sanitárias (US) incluídas entre 2001 e 2009 são consistentes só a partir de 2004.

Fonte: Ronda de Vigilância Epidemiológica, 2011.

Os dados da RVE foram calibrados com o INSIDA¹⁵, de maneira a diminuir o viés, podendo as tendências ao longo dos anos serem verificadas no Figura 4.

¹⁵ Calibração com Resultados de Inquéritos Nacionais, em Vigilância Epidemiológica do HIV e seu Impacto Demográfico em Moçambique: Atualização, Ronda 2009. Maputo, Moçambique (GTM), página 44: “Estudos feitos em países que contam com ambos vigilância sentinela pré-natal e inquéritos da população mostram que a taxa de prevalência do HIV derivada da consulta pré-natal tende a sobrestimar a prevalência na população geral. Por isso, a prevalência entre adultos de 15-49 anos ao nível regional obtida no INSIDA foi utilizada para calibrar a prevalência proveniente dos Postos Sentinela”.

Figura 4: Tendências da Prevalência do HIV na população adulta em Moçambique, RVE - 1998 a 2009.



Fonte: Ronda de Vigilância Epidemiológica, 2011.

1.4 A Província de Gaza

A Província de Gaza situa-se ao Sul de Moçambique. Tem uma área de 75.539 km², fazendo fronteiras com a Província de Manica a norte, Inhambane a nordeste, Maputo a sul e com a África do Sul e Zimbabwe a oeste e tem cerca de 200 km de costa do Oceano Índico a sudoeste. É atravessada pelo rio Limpopo e pela Estrada Nacional N°1 que liga ao norte do país e pelo Corredor do Limpopo que vai para o Zimbabwe, fazendo da Província um importante corredor para transporte de pessoas e mercadorias (Governo da Província de Gaza, 2015). Segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) para 2015, a sua população é estimada em 1.416.810 habitantes, sendo que 54% são mulheres e 46% são homens e 74% do total vive em zona rural (INE, 2015). A província possui 11 Distritos e 5 municípios, cuja capital é a Cidade de Xai-Xai, a qual dista cerca de 210 km ao norte da Cidade de Maputo, capital de Moçambique. A força motriz da economia é a agricultura e o turismo.

Conforme mostrado anteriormente, a Província de Gaza possui a maior prevalência do país com 25,1% da população infetada, sendo 29,9% entre as mulheres e de 16,8% entre os homens com idades dos 15 aos 49 anos de idade (INS et al., 2010). Dados do INSIDA, relatórios programáticos e estudos realizados no país (ONUSIDA, 2013, República de Moçambique, 2014) sugerem as seguintes situações como principais fatores de risco para a infeção pelo HIV: parcerias múltiplas concomitantes (Kalichman

et al., 2007, Landman et al., 2008, Adimora et al., 2014, Ruark et al., 2014); baixo poder de negociação da mulher (Villela and Barber-Madden, 2009, Agadjanian et al., 2011); fronteira com países de alta prevalência, que facilita a migração para comércio e trabalho como as minas da África do Sul (Agadjanian et al., 2011, Baltazar et al., 2015). Entre os fatores culturais encontra-se a baixa prevalência de circuncisão masculina (Weiss et al., 2008, Njeuhmeli et al., 2011, Wamai et al., 2011, Tram and Bertrand, 2014), pois culturalmente a região sul não faz tantas circuncisões como na região norte do país; a alta taxa de analfabetismo (Audet et al., 2010) somadas às questões de crenças e práticas tradicionais como escarificação com instrumentos cortantes e rituais de purificação por meio de sexo desprotegido (Graça, 2002, República de Moçambique, 2004, Villela and Barber-Madden, 2009, Audet et al., 2010).

O Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA está sob a alçada administrativa do CNCS e é a instituição responsável por coordenar a resposta multissetorial a nível da Província de Gaza. Sua estrutura de coordenação segue o mesmo padrão do CNCS, tendo como presidente a figura do Governador da Província, como vice-presidente o Diretor Provincial de Saúde e como demais membros os Diretores Provinciais da Educação e Cultura, Juventude e Desportos, Mulher e Ação Social e representantes da sociedade civil. O corpo técnico-administrativo é liderado pelo Coordenador Provincial que até dezembro de 2014, contava com 17 funcionários e 2 voluntárias. Além disso, oitenta e uma organizações de diferentes categorias como as Organizações Comunitárias de Base (OCB), Organizações Religiosas (OR), Organizações Não Governamentais (ONG) nacionais e internacionais, estavam cadastradas a nível dos distritos e presentes na base de dados da província (Núcleo Provincial de Gaza, 2014). Entretanto 21 % estavam cadastradas em mais que um distrito variando de 2 a 9 distritos com uma média de 3,4 distritos por organização, o que configura uma maior abrangência de determinadas organizações, principalmente as não-governamentais internacionais. Estas organizações atuam em diversas áreas para a resposta do HIV na Província, com maior destaque para prevenção, cuidado e tratamento do HIV e SIDA, comunicação, cuidados domiciliários, saúde sexual e reprodutiva entre outras, e estão mais concentradas na região sul, onde há igualmente uma maior densidade populacional.

A nível dos distritos, a resposta multissetorial é coordenada pela Comissão Distrital de Combate ao HIV/SIDA (CDCS), com uma estrutura similar à Provincial. Esta

é liderada pelo Administrador e tem como membros os diretores dos seguintes Serviços: Saúde, Mulher e Ação Social; Educação, Juventude e Tecnologia; Planificação e Infraestrutura; Atividades Económicas. Adicionalmente, membros da sociedade civil e o ponto focal também fazem parte da Comissão, entretanto esta estrutura funciona de maneira *Ad Hoc* pois administrativamente o CNCS alcança apenas o nível provincial. As atividades operacionais de coordenação multissetorial do distrito fica a cargo do Ponto Focal da CDCS, que é um profissional do setor público e que na maioria das vezes mantém e desempenha também as suas funções primárias no Estado.

CAPÍTULO 2 - A INTERVENÇÃO: O PROJETO DE FORTALECIMENTO DE CAPACIDADES PARA A REPOSTA DO HIV/SIDA NA PROVINCIA DE GAZA

2.1 O problema

Além dos fatores socio-económico-culturais que influenciam a elevada prevalência do HIV, existem outros desafios e problemas enfrentados para a resposta ao HIV na Província de Gaza. Estes fatores, estão diretamente ligados à fragilidade nas ações de coordenação institucional e multisetorial e foram levantados durante a visita da missão japonesa para a elaboração do projeto em Julho de 2011, e estão delineados a seguir:

a. Existem muitas Organizações governamentais e não-governamentais que desenvolvem atividades de combate ao HIV/SIDA sem o conhecimento e ou coordenação com o NPCS e consequentemente não reportam, levando a ações isoladas e não-alinhadas com as prioridades ou gerando duplicidade e desperdício de recursos;

b. Muitas pessoas recebem treinamento no campo do HIV/SIDA mas não aplicam o conhecimento e muitas vezes não há uma atualização posterior do mesmo. As lideranças comunitárias são as que menos acesso têm aos treinamentos, e desta maneira não participam no monitoramento das atividades de combate ao HIV/SIDA;

c. Apesar de muitos parceiros terem produzido materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para prevenção do HIV, não há um inventário dos materiais existentes e o NPCS não consegue avaliar as necessidades apropriadamente assim como produzir materiais de acordo com as necessidades locais, portanto há necessidade de fortalecer a capacidade de comunicação.

d. O processo de descentralização da resposta está em andamento. O Governo de Moçambique estabeleceu um plano de alocação de 134 profissionais como pontos focais para todos os distritos do país, iniciado em 2011 e para ser completado em 2014. Neste processo de descentralização espera-se que o NPCS

faça o treinamento, monitoramento e supervisão destes pontos focais distritais. Entretanto, o NPCCS tem pouca experiência na área de descentralização.

2.2 A intervenção

Face aos desafios que a Província de Gaza enfrenta para conter a alta taxa de prevalência, o Governo Provincial submeteu um pedido de apoio ao Governo Japonês¹⁶, o qual foi homologado em Novembro de 2011 com o nome de Projeto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA (NPCCS) para Resposta ao HIV na Província de Gaza. Sendo o NPCCS, parte da esfera administrativa do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), o acordo foi assinado entre o Governo Japonês, Governo de Gaza e o CNCS (JICA et al., 2011), estabelecendo-se uma coordenação entre as três partes envolvidas. Este projeto foi uma iniciativa do Governo de Gaza, apoiada pelo Governo Japonês, e esteve alinhado ao Programa das Nações Unidas de Fortalecimento da Resposta ao HIV/SIDA em Moçambique (United Nations, 2010) e ao Plano Estratégico Nacional (República de Moçambique, 2010b). Este projeto esteve também em harmonia com o plano da Assistência Oficial ao Desenvolvimento do Japão para Moçambique, que enfatiza o desenvolvimento da capacidade institucional e administrativa, como uma das áreas prioritárias.

O Projeto foi desenhado para três anos de duração tendo iniciado em Março de 2012 e terminado em Março de 2015. Foi concebido especificamente para a Província de Gaza, com foco em 4 locais estratégicos: Distritos de Chokwe, Bilene, Xai Xai e Cidade de Xai Xai. Esta escolha foi definida pelo NPCCS, que estabeleceu esses distritos como prioritários e pilotos para o processo de descentralização.

Os beneficiários diretos do projeto foram o Núcleo Provincial Combate ao SIDA e os Pontos Focais de HIV das Comissões Distritais de Combate ao HIV/SIDA dos

¹⁶ Em Julho de 2009, o Governo de Gaza faz uma solicitação para um Projeto de Cooperação Técnica ao Governo Japonês com o nome de “Projeto de Fortalecimento de Atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) em HIV/SIDA na Província de Gaza”. Em Agosto de 2011, uma missão do Governo Japonês é enviada para análise e avaliação da proposta. Após fazer entrevistas com atores-chaves (parceiros de cooperação, de implementação e profissionais do CNCS e NPCCS) e realizar um *workshop* com profissionais do NPCCS, o mesmo foi modificado para: “Projeto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA (NPCCS) para Resposta ao HIV na Província de Gaza”.

Distritos escolhidos e como beneficiários indiretos, o Conselho Nacional Combate ao SIDA, parceiros implementadores e a população de Gaza em geral.

O objetivo geral do projeto era de até 2015, terem fortalecidas as Capacidades do Núcleo Provincial Combate ao SIDA para resposta do HIV/SIDA na Província de Gaza.

Para tal, foram elencados três indicadores de verificação de cumprimento do objetivo:

- 1) Número de parceiros implementadores/provedores de serviços que disponibilizam informação sobre seu plano incluindo dados de Monitoria e Avaliação (M&A) ao Núcleo Provincial Combate ao SIDA de Gaza;
- 2) Novas ações ou serviços introduzidos no Núcleo Provincial Combate ao SIDA de Gaza para melhorar os trabalhos de coordenação;
- 3) Número de lições apreendidas da implementação piloto da descentralização do HIV ao nível Distrital;

Para o fortalecimento das capacidades do NPCCS, três componentes foram selecionados como pilares deste projeto: 1) Coordenação; 2) Descentralização e 3) Comunicação. Desta maneira os resultados esperados para cada um desses componentes são especificamente: a) fortalecidas as capacidades de Núcleo Provincial Combate ao SIDA em coordenar serviços relacionados ao HIV na Província de Gaza; b) Melhorado o Plano Nacional de Descentralização da Resposta do SIDA para uma efetiva implementação, através da realização do piloto; c) Disponibilizados materiais de Informação, Educação e Comunicação, desenvolvidos especialmente para as necessidades locais para prevenção do HIV. Os respectivos indicadores foram definidos conforme Matriz de Desenho do Projeto contidos no Anexo 1.

A implementação do projeto presunha uma contrapartida de ambos os Governos. A contribuição do Governo Japonês, foi a alocação de recursos humanos, materiais e financeiros, durante a duração do projeto. Em relação aos recursos humanos, constituiu-se no envio de especialistas para a assistência técnica e transferência de conhecimento. Já os recursos financeiros e materiais, foram destinados para a implementação das atividades relacionadas ao projeto, conforme estabelecido na matriz de desenho do projeto.

Por parte do Governo de Moçambique, a contribuição foi a existência de técnicos como contraparte para a implementação do projeto, além de espaço e condições de trabalho dentro do NPCS para os especialistas enviados de longa-duração. As contribuições por parte de cada um dos Governos, assim como o condicionamento para a continuidade do projeto ficaram definidas conforme quadro 3, abaixo:

Quadro 3: Contribuições e condicionamentos para execução do Projeto

Contribuições		Pré-condições
Japão	Moçambique	
1. Assessores: a) Longo Prazo (Líder/ Coordenador); b) Curto Prazo, se necessário.	1. Pessoal Contraparte: pessoal do Núcleo Provincial Combate ao SIDA de Gaza.	1. Compromisso Nacional para a resposta do HIV não altere.
2. Equipamentos Um veículo do projeto; Motorizadas para os pontos focais distritais nos distritos pilotos.	2. Escritórios para os Assessores da JICA e respetivo mobiliário.	2. Apoio Internacional a Moçambique na resposta ao HIV não seja reduzida significativamente a partir de 2010.
3. Custos Locais Acordados mutuamente sempre que necessário.	3. Disponibilidade de dados e informação necessária para implementação do projeto.	3. O plano nacional de descentralização da resposta multissetorial do HIV ao nível distrital é implementado como planeado.
	4. Custos Locais Acordados mutuamente sempre que necessário.	

Fonte: Minuta de Discussão sobre Projeto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA (NPCS) para Resposta ao HIV na Província de Gaza.

CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Capacidade e desenvolvimento de capacidades

Não existe uma definição amplamente aceite sobre capacidade e os diferentes atores têm diferentes perceções sobre o tema e as abordagens são variadas. Cobrem desde uma perspetiva micro, do desenvolvimento de habilidades e formação a nível individual (Sherr et al., 2009, Kauye et al., 2011, Li et al., 2013), uma perspetiva meso de qualidade de gestão e de resolução de problemas, como parte de um esforço para um melhor desempenho e resultado a nível de sistema local (Yung et al., 2008, Mayberry et al., 2009), e numa perspetiva macro que envolve o nível nacional (UNDP, 2014b, UNDP, 2015b) ou global (Sanchez et al., 2011, PEPFAR, 2012).

Esta falta de um quadro referencial faz as questões em torno da capacidade serem um ambiente confuso e ambíguo, e para compreender esta ampla gama de conceitos sobre o que é capacidade, temos a seguir algumas definições da literatura:

“the organizational and technical abilities, relationships and values that enable countries, organizations, groups and individuals at any level of society to carry out functions and achieve their development objectives over time”(Morgan, 1998).

“the ability to carry out stated objectives” Goodman 1998 *apud* (Brown, 2001).

“that emergent combination of attributes that enables a human system to create developmental value”(Morgan, 2006).

“the ability of people, organizations and society as a whole to manage their affairs successfully” (OECD, 2006).

“that emergent combination of individual competencies and collective capabilities that enables a human system to create value” (Baser et al., 2008).

“the ability of a human system to perform, sustain itself and self-renew” (Ubels, 2010).

Devido à essa ambiguidade e gama de percepções, alguns autores (Morgan, 2006, Baser et al., 2008) defendem que a capacidade deve ser concebida como um sistema composto por 5 competências ou habilidades, que são interdependentes. Em maior ou menor grau, podem ser encontrados em todas as organizações ou sistemas e estas habilidades são: 1) comprometer e envolver-se; 2) relacionar e atrair recursos e apoio; 3) equilibrar a coerência e a diversidade; 4) adaptar-se e autorrenovar e 5) realizar funções ou tarefas técnicas e logísticas.

Neste sentido, para este estudo, a definição de capacidade utilizada é aquela defendida por Baser e Morgan:

“that emergent combination of individual competencies and collective capabilities that enables a human system to create value” (Baser et al., 2008).

As definições de desenvolvimento de capacidades também são variadas, uma vez que cada organização, instituição ou agência tem a sua definição que reflete a lógica de seu funcionamento, o que é bastante apropriado pois uma definição deve sempre ser relevante ao contexto, (Lusthaus, 1999, WHO, 2001, Lavergne, 2001, Brown, 2001, SIDA, 2005). Entretanto nota-se que após a Declaração de Paris, essas definições vieram sendo harmonizadas e diversos organismos de ajuda internacional (JICA, 2004, ADA, 2011, PEPFAR, 2012, FAO, 2012) aderiram à definição mais abrangente utilizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP).

Partindo do princípio que este estudo avaliou uma estratégia implementada no âmbito da cooperação técnica bilateral, aqui o termo “desenvolvimento de capacidades” é entendido como:

“Processo através do qual indivíduos, organizações e sociedades conquistam, fortalecem e mantêm as capacidades de estabelecer e atingir os seus próprios objetivos de desenvolvimento ao longo do tempo” (UNDP, 2009b) (tradução minha).

Considerando que desenvolvimento de capacidades é um termo bastante abrangente, é necessário focar no mandato da instituição e nas capacidades específicas necessárias para atingir os objetivos definidos (OECD, 2006). Muitos estudos têm descrito diferentes abordagens consoante o foco de ação de cada instituição conforme mostra o Quadro 4:

Quadro 4: Diferentes abordagens do desenvolvimento/construção de capacidades

Referência		Dimensões/Componentes			
(PEPFAR, 2012)	Comunidade	Sistemas	Organizacional	Individual /força de trabalho	
(Brown et al., 2001)	Multidimensional: Nível individual ou comunitário	Sistema de Saúde	Organizacional	Recursos humanos	
(NSW Health Department, 2001)		Infraestrutura; Sustentabilidade do programa	Solução de problemas		
(AIDSTAR-Two Project, 2001)			Organizacional		
(Venture Philanthropy Partners, 2001)	7 elementos: cultural	Estratégia; Aspirações; Sistemas e infraestrutura;	Habilidade e estrutura organizacional	Recursos humanos	
(Alfonso et al., 2008)	Comunidade	Poder	Conhecimentos e habilidades	Recursos humanos	
(Labonte and Laverack, 2001)	Comunidade	Capacidade de infraestrutura de saúde	Sustentabilidade do programa		
(Boffin, 2002) Revisão de literatura					
Lafond (2001)	Comunidade	Sistema	Organização	Recursos humanos/ pessoal de saúde	
UNDP(98)	Nível individual (beneficiários)	Sistema ou ambiente propício	Entidade ou organização	Individual	
Kotelos (98)		Instituição	Organização	Individual	
Paul S (95)		Macro (setor)	Micro (setor)	Recursos humanos	
			Organização		
Hilderbrandt and Grindle (94)	Ambiente de ação	Setor público e contexto institucional	Rede	Organização	Recursos humanos

Uma vez que o desenho e foco do Projeto não contemplou diretamente o fortalecimento das comunidades, para este estudo optou-se por concentrar-se em três dimensões: a) Sistemas e infraestrutura; b) Estrutura organizacional e capacidade institucional; c) Recursos Humanos.

3.2 Modelos lógico-teórico e lógico operacional da intervenção

3.2.1 O modelo lógico-teórico

A teoria de um programa parte do princípio que, se os recursos adequados forem transformados em atividades adequadas para a população alvo adequada, os resultados esperados serão alcançados (Wholey et al., 2010). Esta tem um papel importante porque permite um melhor entendimento do fenômeno a ser observado, descreve as relações causais entre as diversas variáveis do contexto num cenário coerente proporcionando um

ponto de partida para futuras previsões (Mendes et al., 2010). É um conjunto de pressupostos definidos pelos interessados (*stakeholders*), sobre qual ou quais ações serão necessárias para resolver determinado problema e porque irá reagir a essas ações (Rogers and Weiss, 2007, Coryn et al., 2010, Chen, 2012). Independentemente da abordagem usada, é importante demonstrar uma relação clara, lógica e sistemática entre a missão, metas, objetivos e atividades do programa (Rossi et al., 1999, Harris, 2010). O contexto em que se encontra (Connell and Kubisch, 1998) e como os diferentes fatores estão inter-relacionados (Coryn et al., 2010).

Assim, o modelo teórico da intervenção é colocado neste estudo por meio da Teoria da Mudança (*Theory of Change*) (Chen, 2012), a qual define todos os passos necessários para chegar a um efeito de longo prazo. A representação gráfica deste processo de mudança pode ser feito por meio de um conjunto de blocos conectados como se fosse um mapa, identificando os fatores do contexto que podem afetá-lo. Isto ajuda a fortalecer e fundamentar mudanças subsequentes, nos resultados das atividades propostas no início. Se aquilo que foi proposto (atividades, apoios e resultados) ocorrer conforme esperado, então os efeitos podem ser atribuídos à intervenção (Wholey et al., 2010). Embora esta estratégia não elimine todas as outras alternativas de explicação para um resultado em particular, mostra um padrão de evidências que pode convencer as partes interessadas (Harris, 2010). Se a teoria estiver explicitada através da elaboração de suposições, cadeias causais e envolvimento dos interessados, facilita a elaboração de questões avaliativas e a escolha das variáveis a serem mensuradas (Stame, 2004, Crosby et al., 2006, Chen, 2012), aumentando assim o potencial para uma avaliação. Avaliação orientada por um modelo teórico (*theory-driven evaluation*) é uma abordagem canadiana (Brousselle et al., 2011) com mais de 20 anos de aplicação, também nos países em desenvolvimento.

3.2.2 O modelo lógico operacional

O modelo lógico é uma maneira visual e sistematizada de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Permite ver que atividades são necessárias efetuar primeiro que outras e como alcançar os resultados esperados. Inclui as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e seus efeitos esperados a curto, médio e longo prazo (WK Kellogg Foundation, 1998,

McLaughlin and Jordan, 1999, WK Kellogg Foundation, 2004, Mendes et al., 2010). O seu processo de construção permite que os envolvidos tenham uma compreensão geral do programa e do seu desempenho. Por outro lado ajuda, àqueles que estão fora do programa, a comunicar de uma maneira concisa e convincente e auxilia a equipa do programa a ter um entendimento sobre como funciona e as responsabilidades de cada um para obter os resultados esperados (Wholey et al., 2010). Ao estar focado nos resultados, facilita-se a identificação de aspetos críticos da implementação da intervenção e as adaptações posteriores quando necessárias. Usualmente utiliza-se os termos “se” e “então” de maneira que “se” tivermos este insumo “então” poderemos fazer tal atividade, ou “se” fizermos tal atividade “então” poderemos alcançar determinado resultado (WK Kellogg Foundation, 1998), explicitando assim os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos (Champagne et al., 2011b). Os componentes básicos de um modelo lógico podem variar de autor para autor mas geralmente são: a) recursos (*inputs*); b) atividades (*activities*); c) produtos (*outputs*), que são os efeitos imediatos da atividade; d) resultados (*outcomes*), efeitos a médio e longo prazo na população alvo; e) impacto (*impact*), efeito a longo prazo na população em geral (Wholey et al., 2010).

3.3 Análise lógica

Uma intervenção pode ser ineficaz porque a sua teoria não está suficientemente fundamentada (Brousselle et al., 2009, Champagne et al., 2011a). Desta maneira, faz-se necessário determinar se há uma coerência lógica entre os objetivos estabelecidos para o projeto e adequação e suficiência das estratégias propostas para o alcance dos resultados. Ou seja, determinar se a intervenção é baseada em uma teoria adequada (Van Belle et al., 2010, Rey et al., 2012, Donaldson, 2012) e se a qualidade e a quantidade de recursos e atividades são suficientes, para então determinar o mérito do modelo que dá a base para a intervenção (Champagne et al., 2011d, Champagne et al., 2011a).

Neste sentido, a análise lógica (Brousselle and Champagne, 2011) preenche esta lacuna. No campo da avaliação, estudiosos canadenses (Contandriopoulos et al., 2002, Champagne et al., 2011a) estabelecem três tipologias de estudo que buscam fazer a análise lógica.

Tipo I - o potencial avaliativo ou avaliabilidade de uma intervenção, o que significa que só vale a pena avaliar intervenções bem fundamentadas.

As abordagens de avaliabilidade obedecem a um conjunto estruturado de etapas que antecedem a execução da avaliação. Champagne et al (Champagne et al., 2011a) sugerem, quatro condições que devem ser consideradas: a) o programa deve ser apresentado sob a forma de modelo; b) a formulação do modelo, é adequada; c) existência de recursos para o alcance dos objetivos; d) interesse dos atores pela avaliação. Entretanto os diferentes autores que trabalham com a estratégia (Wholey, 1987, Thurston and Potvin, 2003, Trevisan and Huang, 2003, Thurston and Ramaliu, 2005, Mendes et al., 2010, Figueiró et al., 2010) sugerem que estas etapas não são necessariamente lineares e que há variações no número destas.

(Thurston and Potvin, 2003), por exemplo, consideram que relatórios de atividades, manuais, folhetos e atas das reuniões relacionados à criação da intervenção, jornais informativos e outros desenvolvidos ao longo da implementação da intervenção podem ser muito informativo para um estudo de avaliabilidade. Principalmente aqueles que contêm informação sobre as metas, objetivos e atividades da intervenção são extremamente valiosos, uma vez que espelham as atividades realizadas durante o período. Desta maneira, acrescentam a análise documental como uma das etapas a serem incluídas numa abordagem de avaliabilidade. Os mesmos autores consideram fundamental a identificação, envolvimento e participação de diversos atores. Afirmam que, algumas pessoas poderão ter um interesse imediato e legítimo. Entretanto, é importante identificar todas as partes interessadas e seus papéis, esclarecer o propósito da avaliação e como as decisões serão tomadas após a avaliação .

Tipo II - mérito como critério de julgamento somativo o qual se procura saber se a intervenção é apropriada ou não. Os elementos associados ao mérito são: a) que tipo de intervenção permitiu resolver o problema? b) o plano propõe uma solução satisfatória? c) as atividades são suficientes e apropriadas para o alcance dos objetivos? d) as ações do programa e os recursos utilizados foram bem ordenados?

Tipo III - mérito como determinante da eficácia de uma intervenção. Onde o fracasso de uma intervenção poderá ser verificada de dois prismas: a) as atividades

previstas não foram implementadas; b) as atividades previstas não surtiram o efeito esperado.

Em suma, a análise lógica testa o mérito do modelo lógico-teórico e a validade do modelo lógico-operacional (Champagne et al., 2011a).

3.4 Análise de implementação

Análises de implementação estudam as relações entre uma intervenção e o contexto em que se encontra durante a implementação (Champagne et al., 2011c), e tem o intuito de examinar como uma intervenção provoca mudanças neste contexto. As análises de implementação permitem verificar se houve adequação entre os objetivos da intervenção e os meios utilizados para implementá-lo. A pertinência em utilizar a técnica, foi para melhor identificar a dinâmica da implementação e os fatores críticos para esta implementação, principalmente por ser uma nova intervenção introduzida na Província de Gaza.

Seguindo a linha canadiana (Champagne et al., 2011c), existem quatro tipos distintos de análise de implementação: tipo 1-a e 1-b que visam compreender as variações na forma da intervenção; tipo 2 que analisa a influência da variação na implementação, sobre os efeitos observados e o tipo 3 que analisa a influência da interação entre o contexto de implementação e a intervenção sobre os efeitos observados. Essas análises, possibilitam aumentar a utilidade das pesquisas avaliativas e ajudam a ponderar sobre os desafios a serem observados para reduzir possíveis insucessos das intervenções que propõe algum tipo de transformação.

Para as análises de implementação, algumas técnicas são sugeridas mas particularmente o estudo de caso (Yin, 2010) é uma das metodologias a ser privilegiada. Esta escolha se dá em virtude da dinâmica das interações e também pela dificuldade em diferenciar os efeitos produzidos pela intervenção e os atribuídos às características do contexto onde a intervenção foi implantada.

Nos estudos de caso, muitas variáveis de interesse acabam por surgir devido à riqueza do fenómeno e a amplitude do contexto da vida real. Desta maneira é recomendado o uso de múltiplas fontes de evidência (Yin, 2010), pois permite o

desenvolvimento de linhas convergentes de investigação a partir da triangulação de dados (Minayo, 2005), fazendo com que as conclusões sejam mais convincentes e acuradas, corroborando com o fenómeno observado. Outra questão que reforça o uso de múltiplas fontes de evidências é que estas ajudam no estabelecimento da validade do constructo e da confiabilidade da evidência (Yin, 2010).

As evidências podem ser conseguidas por meio de técnicas de recolha de dados quantitativas, qualitativas (Minayo, 2005), observações e análises documentais (Yin, 2010). Para as abordagens quantitativas, instrumentos como entrevistas estruturadas e inquéritos podem ser utilizados. Entre as abordagens qualitativas, o uso de dados verbais como entrevistas pessoais ou em grupo são uma maneira de recolher dados qualitativos. Entrevista baseada em questões é uma das formas de entrevista onde o informante é convidado a falar abertamente dos fatos e opiniões sobre um determinado assunto, e as perguntas do investigador são feitas de modo a buscar uma compreensão mais intuitiva, profunda e subjetiva sobre o tema investigado (Minayo, 2005, Flick, 2009). São conduzidas de maneira a seguir a linha de investigação, mas com imparcialidade, e constituem uma das fontes mais importantes para os estudos de caso. Entretanto, esses autores sugerem que devem ser adicionadas também outras fontes de evidência.

Grupo focal é um outro método qualitativo que envolve a discussão de um determinado tema com um grupo pequeno e homogêneo de pessoas (Minayo, 2005). A sua essência está em captar as diferentes opiniões e pontos de vista acerca de um tema, e ter a compreensão do mesmo pela perspectiva dos participantes como um todo (Hennink, 2007). Embora seja mediado por um moderador, a própria dinâmica da discussão dá controlo ao grupo sobre as questões levantadas, e o moderador tem o papel de incentivar a participação de todos e evitar a polarização ou dominação (Flick, 2009). Proporciona interações com contribuições espontâneas sobre aquilo que é considerado importante para eles próprios e o número de participantes pode variar entre 5 a 10 pessoas, a depender do objetivo do estudo e como são seleccionados (Minayo, 2005, Hennink, 2007, Flick, 2009).

3.5 Developmental Evaluation

Sistemas sociais como a saúde tem sido descritas como sistemas complexos e adaptativos (Swanson et al., 2015), devido aos desafios impostos pelos determinantes

socias de saúde, pela existência de doenças não infecciosas e infecciosas como o HIV/SIDA. Isso promove constante mudança, de uma forma imprevisível e são afetados por diversos fatores. São contextos onde uma intervenção acaba por seguir uma lógica diferente da relação causa e efeito. Não é tão linear e fácil de compreender, sendo pelo contrário um processo dinâmico e adaptativo com efeitos imprevisíveis e com certo grau de incerteza, trazendo inclusive grandes desafios para a avaliação destas intervenções (Patton, 2011b).

Considerando a natureza complexa do ambiente e da intervenção, o estudo foi focado no âmbito da avaliação desenvolvimental (“*developmental evaluation*”), cuja metodologia apoia o desenvolvimento inovador para guiar e adaptar em ambientes dinâmicos complexos. Concebido para estimular processos inovadores e transformadores, procura dar sentido àquilo que emerge em condições de complexidade, documentando e interpretando as dinâmicas, interações e interdependências que ocorrem como desdobramento da inovação (Patton, 2011a, Preskill and Beer, 2012). Geralmente, inovação é interpretado como a introdução de algo novo e útil, entretanto, o “*developmental evaluation*” aplica-se a um processo contínuo de inovação onde o meio e o fim estão em contínua evolução, ou seja, há mudanças nas práticas, programas, fluxos e políticas. É diferente de fazer melhorias ao longo do caminho para um objetivo claramente definido. As tradicionais abordagens de avaliação tentam prever os resultados da inovação, ao passo de que “*developmental evaluation*” destina-se a apoiar inovação dentro de um contexto de incerteza, e baseia na mudança de condução da inovação (Dozois et al., 2010, Preskill and Beer, 2012). Esta metodologia surgiu como uma maneira de apoiar a aprendizagem adaptativa em iniciativas complexas e emergentes, ou seja, tem como objetivo o aprendizado, e não julgamento (Patton, 2011a, Preskill and Beer, 2012).

É certo que as abordagens avaliativas tradicionais como a somativa que tem por objetivo testar, fazer um julgamento ou mérito e validar um programa ou, a formativa que melhora para validar e replicar as boas práticas (Patton, 2011a), têm um papel importante. Entretanto, para trabalhar com iniciativas em território incerto como é o caso do HIV, desenvolvendo e testando as estratégias à medida que o programa avança, seja capacitando técnicos, pontos focais, sociedade civil, lideranças para o combate ao HIV e promovendo abordagens inovadoras para resolver os problemas de coordenação, este feedback constante a partir de uma crítica ou apoio de um observador se faz necessário

por meio do “*developmental evaluation*”. Nesta abordagem, o avaliador é parte da equipa de implementação do projeto/programa e tem participação ativa na mudança e condução da intervenção, dando um olhar crítico para o processo e sugerindo as mudanças necessárias (Gamble, 2008, Dozois et al., 2010, Patton, 2011a).

Existem poucos estudos publicados sobre “*developmental evaluation*” e como isso se desenvolve na prática. Esse tipo de avaliação tem um papel importante para compreender de maneira integral sobre as inovações sociais complexas. Desta maneira, este estudo poderá contribuir para o pensar avaliativo acerca de iniciativas desta natureza. Além disso, este modelo ajusta-se perfeitamente à análise de implementação das intervenções.

CAPÍTULO 4 - MÉTODOS

O presente estudo foi dividido em três fases: I – Análise lógica – Estudo de Avaliabilidade; II – Elaboração e aplicação de uma ferramenta de avaliação de capacidades do nível provincial e distrital; III – Análise de implementação.

4.1 Fase I – Análise lógica – Estudo de avaliabilidade

4.1.1 Objetivo

Esta primeira fase teve o intuito de verificar a coerência lógica dos objetivos propostos e determinar o potencial avaliativo da intervenção.

4.1.2 Procedimento

Para alcançar este objetivo, foi realizado um estudo exploratório por meio de um estudo de avaliabilidade (Wholey et al., 2010), também denominado de análise lógica do tipo I (Champagne et al., 2011a). Este estudo procura determinar o potencial avaliativo de uma intervenção, ou seja só vale a pena avaliar uma intervenção que esteja bem fundamentada.

O presente estudo exploratório foi conduzido de maneira a considerar as seguintes etapas:

- A) Identificar e aceder os documentos relevantes para a avaliação;
- B) Envolver atores chaves;
- C) Identificar os potenciais interessados na avaliação e seus papéis no processo avaliativo;
- D) Determinar o consenso sobre o modelo lógico da intervenção;
- E) Desenvolver e determinar o consenso sobre o modelo teórico da intervenção;

Seguidamente descreve-se o trabalho subjacente a cada etapa detalhadamente:

Etapa A) Identificar e aceder aos documentos relevantes para a avaliação:

Foi realizada primeiramente uma busca dos documentos relevantes relacionados com a implementação do projeto, junto aos arquivos do projeto e com o gestor de programas do NPCS. Os documentos desenvolvidos ao longo da implementação da intervenção podem ser muito informativos e valiosos para um estudo de avaliabilidade, principalmente aqueles que contêm informação sobre as metas, objetivos e atividades da intervenção, uma vez que espelham as atividades realizadas durante o período (Thurston and Potvin, 2003),

Para efetuar a análise dos documentos, foram consideradas as seguintes questões condutoras:

1. Quais são as diretrizes para coordenação, descentralização da resposta e comunicação no âmbito do HIV/SIDA em Moçambique?
2. Qual é a situação epidemiológica do HIV da Província de Gaza e as questões comportamentais subjacentes?
3. Que tipo de atividades de combate ao HIV/SIDA foram realizadas na Província de Gaza antes e durante a vigência do projeto?
4. Que problemas, na perspetiva do Governo de Gaza, suscitaram o apoio do Governo Japonês para a implementação do projeto?
5. Quais são os objetivos propostos, atividades planeadas e os resultados esperados do projeto?

Etapa B) Envolver atores chaves:

Nesta etapa foi efetuado um contacto telefónico com o Coordenador do Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA da Província de Gaza, explicando todo o processo avaliativo. Em seguida, enviou-se uma carta a solicitar apoio, juntamente com o termo de referência do estudo e o cronograma para o seu período de desenvolvimento. Uma vez obtido o apoio, o Coordenador do NPCS enviou convites a profissionais-chaves das instituições de diversas áreas do setor público, privado e da sociedade civil que atuam como parceiros na resposta ao HIV/SIDA, para participarem de um *workshop*. Esse *workshop*, realizado nas instalações do Governo Provincial de Gaza, teve como objetivo

explicar aos presentes o propósito da avaliação, identificar potenciais interessados na avaliação e validar o modelo lógico da intervenção (etapas seguintes).

Etapa C) Identificar os potenciais interessados na avaliação e seus papéis no processo avaliativo:

Esta etapa ocorreu durante o *workshop*, onde participaram 14 pessoas entre técnicos do NPCS, parceiros da resposta no âmbito do setor público, sociedade civil e pontos focais das CDCS. No *workshop*, foi feito um exercício onde os participantes identificaram os potenciais interessados na avaliação e o papel de cada um no processo avaliativo. Todos os potenciais interessados foram categorizados e listados em uma tabela e os participantes descreveram o papel de cada categoria no processo avaliativo, assim como indicaram o tipo de apoio que seria dado seja como aliado, neutro ou oponente. As categorias dos potenciais interessados incluíram tanto aqueles presentes no *workshop* como outras categorias não presentes.

Etapa D) Determinar o consenso sobre o modelo lógico da intervenção:

Ainda durante o *workshop*, foram discutidos os objetivos, atividades, efeitos esperados, a racionalidade entre intervenção e problema e seus limites, de maneira a ter uma visão geral e compreender melhor o propósito da intervenção. Em seguida, foi apresentada a proposta do modelo lógico, compreendido pelos três componentes: coordenação, descentralização e comunicação conjugados em um único modelo.

Após apresentação e discussão, os participantes fizeram sugestões de ajuste no conteúdo e formato e chegou-se a um consenso de um modelo lógico para cada um dos componentes do projeto: 1) coordenação; 2) descentralização e 3) comunicação, separadamente. Desta maneira ficou mais fácil a visualização das atividades propostas e efeitos de curto (produtos), médio (resultados) e longo prazo (impacto) esperados, determinando assim a plausibilidade do modelo lógico da intervenção e inserindo-o na perspectiva de monitoramento dos processos e efeitos do projeto.

Etapa E) Desenvolver e determinar o consenso sobre o modelo teórico da intervenção:

Nesta etapa foi desenvolvido um modelo teórico, seguindo o conceito de Teoria de Mudança (*Theory of change*) (Chen, 2012) e que foi aprimorado por meio de consulta a um painel de cinco especialistas em avaliação. As especialistas com larga experiência

na área da avaliação, foram escolhidas por indicação de outros especialistas que trabalham com o tema. O modelo teórico desenvolvido pela investigadora foi enviado às especialistas via correio eletrónico, juntamente com o sumário do estudo que constituiu como documento de apoio. As contribuições recebidas foram analisadas, discutidas, verificadas quanto à sua pertinência e incorporadas dentro da racionalidade do estudo.

Finalizadas as cinco etapas propostas do estudo de avaliabilidade, foi possível dar início ao processo avaliativo propriamente dito.

4.2 Fase II – Avaliação de capacidades do nível provincial e nível distrital

4.2.1 Objetivo

Esta fase teve como objetivo aplicar uma ferramenta para avaliar as capacidades em dois níveis de gestão, provincial e distrital.

4.2.2 Amostra

A amostra foi constituída por técnicos do NPCCS, pontos focais das CDCS, parceiros de implementação do setor público, privado e da sociedade civil que trabalham na resposta ao HIV/SIDA nos distritos do estudo.

A amostra para o questionário do nível provincial foi composta por 51 pessoas, sendo 16 (31%) do sexo feminino e 35 (69%) do sexo masculino, com uma idade média de 40,09 anos (24~64). O tempo de atuação dos participantes na resposta ao HIV/SIDA variava entre 3 a 26 anos, com uma média de 9,3 anos de experiência na área. Dentre os participantes, 23 pessoas (43,13%) tinham o nível superior (completo e incompleto) e 19 (37%) o nível médio completo.

A amostra para o questionário do nível distrital foi composta por 50 pessoas, sendo 22 (44%) do sexo feminino e 27 (54%) do sexo masculino e um sem informação e uma idade média de 39,44 anos (25~64). O tempo de experiência destes no campo do HIV/SIDA variou entre 3 a 26 anos, com uma média de 9,6 anos de experiência. Em

termos de escolaridade, 16 pessoas (32%) tinham o nível médio completo e 15 (30%) tinham o nível superior (completo e incompleto).

4.2.3 Instrumento de recolha de dados

Foi elaborado um instrumento de recolha de dados que é composto por dois questionários dirigidos para cada um dos níveis: provincial (NPCS) e distrital (CDCS). Os questionários foram constituídos por questões com resposta de escala numérica de 1 a 10 e enquadradas nas três dimensões do fortalecimento de capacidades: 1) Sistemas e infraestrutura; 2) Estrutura organizacional e 3) Recursos humanos e as respetivas áreas correlatas. Este instrumento foi desenvolvido de maneira a que possa ser utilizado tanto para autoavaliação, como para ser utilizado para uma avaliação por terceiros.

O instrumento foi compartilhado e discutido com um painel de onze especialistas gestores de programas de HIV/SIDA (quadro 5) nos vários níveis de gestão com uma média de 16 anos de experiência (8 – 27 anos) no tema. Neste sentido, pode-se verificar a relevância, a pertinência e a clareza das questões. Foram efetuadas duas rondas de trocas de informação, via correio eletrónico em cópia oculta de forma a manter a confidencialidade dos participantes. Com as contribuições relevantes incorporadas, os questionários do nível provincial e do nível distrital respetivamente foram finalizados (Anexos 2 e 3).

Quadro 5: Caracterização dos especialistas em HIV/SIDA

Nível	País	Idade	Sexo	Formação	Experiência em HIV		N
					em anos	em Moçambique	
Agência multilateral	Suíça	51	f	Enfermagem	15	sim	1
Nacional	Brasil	36	f	Medicina	8	sim	2
Estadual/Provincial	Brasil	53	f	Psicologia	25	sim	3
Estadual/Provincial	Brasil	53	f	Medicina	27	sim	4
Municipal/Distrital	Brasil	52	m	Saúde Pública	23	não	5
Municipal/Distrital	Brasil	52	f	Saúde Pública	17	sim	6
Municipal/Distrital	Brasil	53	f	Enfermagem	17	não	7
Municipal/Distrital	Brasil	56	f	Farmacêutica bioquímica	15	não	8
ONG internacional	Moçambique	53	f	Saúde Pública	12	sim	9
ONG internacional	Moçambique	55	f	Medicina	9	sim	10
ONG internacional	Moçambique	47	m	Administração de empresas	11	sim	11
Total							11

Além disso, o instrumento foi também compartilhado e discutido com quatro técnicos do NPCCS para análise e adequação da linguagem. Após a discussão do conteúdo, algumas questões foram ajustadas conforme as sugestões dos participantes e delineado o instrumento final.

4.2.4 Procedimento

A recolha dos dados foi realizada no período de Novembro de 2015 a Janeiro de 2016 no Distrito de Chokwe e na Cidade de Xai Xai. Primeiramente procedeu-se um contacto com o coordenador do NPCCS para explicar esta etapa do trabalho e ter o seu apoio. A partir desse momento, foram contactados uma técnica do NPCCS e o ponto focal da CDCS de Chokwe para obter os respetivos apoios na recolha de dados. Todos os documentos relacionados com procedimento como questionários, orientações de preenchimento, escolha do público alvo e planilha de controle foram enviados previamente e as questões esclarecidas antes do início da recolha de dados. O formulário de orientações, enfatizava aos participantes que o preenchimento do questionário era voluntário, de autopreenchimento, anônimo e confidencial. A recolha dos dados foi realizada com o apoio da técnica do NPCCS e do ponto focal da CDCS de Chokwe que entraram em contacto com os parceiros de implementação e atores da resposta nos locais de estudo para distribuição e posterior recolha dos questionários. Após a recolha, os questionários foram enviados à investigadora.

4.2.5 Análise e tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram agregados nas três dimensões do fortalecimento de capacidades: 1) Sistemas e infraestrutura; 2) estrutura organizacional e 3) recursos humanos e respetivas áreas e introduzidos no programa Microsoft® Office Excel 2013. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. As questões em escala numérica de 1 a 10 foram categorizadas em: 1 e 2 - muito mal; 3 e 4 - mal; 5 e 6 - razoável - 7 e 8: bom; 9 e 10 - muito bom e analisados em percentuais. As questões 17 a 19, referentes à necessidade de fundos e dependência económica e expressas em percentuais, foram categorizados em: 0 a 19% - muito bom; 20 a 39% - bom; 40 a 59% -

razoável; 60 a 79% - mal e 80 a 100% - muito mal, ou seja, quanto maior o percentual, maior a necessidade de aporte de fundos e de dependência de financiamento externo.

4.3 Fase III - Análise de implementação

4.3.1 Objetivos

Esta fase teve como objetivos: Compreender como foram implantadas as estratégias de coordenação, descentralização e comunicação do NPCCS, por meio do projeto de fortalecimento de capacidades; verificar se as estratégias propostas estavam alinhadas com as necessidades dos parceiros e da comunidade; e analisar os fatores externos e internos que influenciaram na implementação do projeto.

4.3.2 Amostra

Entrevistas

A amostra dos entrevistados foi constituída por 19 informantes chaves sendo 79% (15) do sexo masculino e 21% (4) do sexo feminino, com uma idade média de 45,2 anos (27 ~ 76) e tempo médio de experiência na área do HIV de 9,2 anos (2 ~ 25). Setenta e nove por cento (15) dos entrevistados possuía o nível universitário, e destes, 40% (6) tinham mestrado. Os demais participantes (4) tinham o nível médio.

Os participantes foram escolhidos de entre 4 categorias de informantes chaves: 1) nível nacional que compreendem os técnicos do CNCS e representantes das agências de cooperação bilateral que apoiam a Província de Gaza; 2) nível provincial, constituídos pelos técnicos do NPCCS e da função pública que atuam na área do HIV/SIDA; 3) nível distrital, formados pelos pontos focais das CDCS e administradores distritais; 4) sociedade civil composta por gestores de ONG internacionais, nacionais, fóruns de ONG e organizações de base comunitária que trabalham na luta contra o HIV/SIDA na Província de Gaza.

Grupos focais

O grupo de participantes dos grupos focais era constituída por 72 pessoas da comunidade sendo 59,72% (43) do sexo masculino e 40,27% (29) do sexo feminino. A média de idade as participantes do sexo feminino era de 38,4 anos (22 ~ 65) e nos participantes do sexo masculino era de 45,6 anos (19 ~74). Do total, 56% (41) tinha o nível médio, 37,5% (27) o nível básico e 5,5% (4) tinha o nível universitário.

Para os grupos focais foram selecionados pessoas da comunidade do Distrito de Chokwe e da Cidade de Xai Xai e organizados em 4 grupos: 1) homens da comunidade; 2) mulheres da comunidade; 3) lideranças comunitárias e 4) organizações da sociedade civil (SC) compreendidas pelas organizações de base comunitária (OCB) e organizações não-governamentais (ONG) nacionais ou internacionais.

Os participantes foram incluídos conforme os seguintes critérios: serem maiores de 18 anos de idade e falarem Português. Verificou-se um maior número de participantes do sexo masculino, com predominância nos grupos de lideranças comunitárias. Já o número de participantes do sexo feminino foi ligeiramente maior nos grupos da sociedade civil. Ambos os grupos das lideranças comunitárias apresentaram um menor nível de escolaridade comparado com os outros grupos.

4.3.3 Instrumentos de recolha de dados

Entrevista

Para orientar a entrevista foi elaborado um guião semi-estruturado (Anexo 4) com questões cujos temas centrais eram: significado do fortalecimento de capacidades; processo de coordenação da resposta ao HIV em Gaza; envolvimento dos técnicos do NPCCS e pontos focais das CDCS no projeto; estratégia de coordenação do projeto; estratégia de descentralização do projeto, estratégia de comunicação do projeto; habilidades e posturas dos técnicos do NPCCS e pontos focais; boas práticas derivadas do projeto e sustentabilidade e contribuição dos projetos bilaterais.

Foi realizado um estudo-piloto para testar o guião quanto à sua clareza e compreensão e após a análise das recomendações, algumas questões foram ajustadas.

Grupos focais

Para orientar os grupos focais, foi elaborado um guião para cada um dos grupos 1) homens da comunidade; 2) mulheres da comunidade; 3) lideranças comunitárias e 4) organizações da sociedade civil (Anexos 5 a 8). As questões que constituíam o guião eram bastante similares para todos os grupos, mas direcionadas às características de cada um deles. Os temas explorados nas discussões em grupo foram: problemas relacionados ao HIV na comunidade; atividades para a reposta do HIV na comunidade; papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA; papel da liderança na resposta ao HIV/SIDA; papel sociedade civil na resposta ao HIV/SIDA; papel do governo na resposta ao HIV/SIDA; informação sobre HIV e material de Informação, Educação e Comunicação (IEC).

Um estudo-piloto foi realizado na Cidade de Xai Xai para testar cada um dos guiões, de maneira verificar a sua clareza e compreensão. Após o estudo-piloto, algumas questões foram adequadas antes de serem aplicadas.

4.3.4 Procedimento

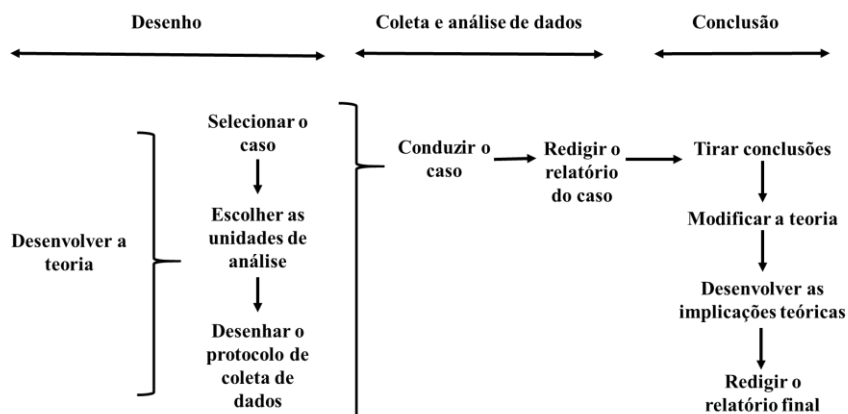
Foi realizado uma análise de implementação do tipo 3, que explora a influência da interação entre o contexto de implementação e a intervenção sobre os efeitos observados (Champagne et al., 2011c).

A abordagem utilizada para a análise de implementação foi o estudo de caso, onde se procurou o poder explicativo desta abordagem aprofundando em três níveis de análise: a) individual; b) organizacional e c) contexto externo (socio-político-cultural), constituindo-se em um estudo de caso único integrado (Yin, 2010).

A Cidade de Xai Xai e o Distrito de Chokwe foram os locais de estudo e foram intencionalmente escolhidos de entre os quatro distritos do projeto. A Cidade de Xai Xai por ter uma característica mais urbana e por ser capital da Província e o Distrito de Chokwe por ter uma característica mais rural e ser o distrito geograficamente mais distante.

O esquema do estudo de caso está demonstrado na Figura 5 a seguir:

Figura 5: Desenho do estudo de caso



Adaptado de: Yin, 2010.

Entrevistas

No período de Agosto a Setembro de 2015, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes chaves. Primeiramente foi feito contacto via correio eletrónico com os potenciais participantes de maneira a solicitar a colaboração no estudo, verificar a disponibilidade de cada um e estabelecer o cronograma de atividades. Aqueles que concordaram em participar, foram novamente confirmados por via telefónica, de maneira a verificar a disponibilidade para o cronograma previamente estabelecido.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado (Anexo 9) e foram entrevistados no seu local de escolha. As entrevistas foram gravadas utilizando dois gravadores: Sony ICD-UX523F e Olympus Digital Voice Recorder DM650. As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos, com boa captação do som, sem corte, interferências ou ruídos externos.

Grupos focais

No período de Agosto a Setembro de 2015, foram conduzidos oito grupos focais sendo quatro na Cidade de Xai Xai e quatro no Distrito de Chokwe, sendo que os participantes da Cidade de Xai Xai foram diferentes daqueles recrutados na fase do estudo-piloto.

Para proceder ao recrutamento dos participantes, uma carta foi enviada aos pontos focais dos locais em estudo, explicando o procedimento e solicitando o seu apoio.

Posteriormente conversas telefônicas foram realizadas para esclarecer as dúvidas remanescentes. Em coordenação com os pontos focais, as lideranças comunitárias e as organizações parceiras que atuam na comunidade identificaram e reuniram os participantes de cada grupo. Todos os participantes selecionados eram membros da comunidade, e estes foram segmentados nos seguintes subgrupos: 1) homens da comunidade; 2) mulheres da comunidade; 3) lideranças comunitárias e 4) organizações da sociedade civil (SC) compreendidas pelas organizações comunitária de base (OCB) e organizações não-governamentais (ONG) nacionais ou internacionais. Esta segmentação foi necessária de maneira a captar o ponto de vista dos distintos grupos. Houve necessidade de ter um grupo de mulheres separado dos homens devido às questões de gênero peculiares à Província de Gaza, onde a predominância masculina é um fator determinante. Os grupos tiveram uma média de 9 participantes.

Antes de iniciar a conversa, todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado (Anexo 10) e preencheram um pequeno formulário, de maneira a captar suas características sociodemográficas. Alguns grupos focais foram conduzidos em salas de reunião, entretanto a maioria foi conduzida ao ar livre, respeitando os usos e costumes locais onde as reuniões comunitárias costumam acontecer sob a sombra de uma árvore.

Os grupos foram moderados pela investigadora, com apoio técnico de dois assistentes de pesquisa locais. As conversas foram gravadas utilizando dois gravadores: Sony ICD-UX523F e Olympus Digital Voice Recorder DM650. Os grupos focais tiveram uma duração média de 80 minutos por grupo. Nas gravações em ambiente fechado houve uma boa captação do som, entretanto nas conversas ao ar livre, houve alguma interferência e ruídos o que foi minimizado com o uso de dois aparelhos. Sumos, água e bolachas foram distribuídos a todos os participantes antes de iniciar a discussão, para propiciar um ambiente descontraído e amigável.

Análise documental

Uma análise documental foi realizada com o objetivo de verificar se as atividades realizadas e resultados obtidos estavam de acordo com as atividades planejadas e objetivos propostos no projeto. Foi feita uma leitura dos relatórios da JICA e do NPCS e respectivos anexos, que são os documentos relacionados com a implementação do projeto e

continham as informações sobre as atividades realizadas no período em análise. Outros documentos como relatórios das Comissões Distritais também foram utilizados de maneira a completar as informações.

Os documentos analisados foram levantados durante a Fase I de Estudo de Avaliabilidade, e as seguintes questões condutoras foram utilizadas para guiar a análise:

1. Que atividades foram realizadas para as estratégias de coordenação, descentralização e comunicação?
2. Que tipo de estratégia foi utilizado para o fortalecimento de capacidades? Em que se focou a estratégia e porque? Houve alguma alteração na estratégia? Houve mudança no público-alvo desta estratégia? Quais foram os atores envolvidos nesse fortalecimento?
3. Que tipo de alterações ocorreram no decurso do projeto?
4. Que tipo de constrangimentos ou problemas surgiram no decorrer do projeto e quais foram as soluções identificadas?
5. Que tipos de relatórios o projeto elaborou? Que tipo de relatórios o NPCPS produziu?
6. Quais foram os produtos e resultados do projeto?

4.3.5 Análise e tratamento dos dados

Entrevistas

Todas as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora com apoio de assistentes locais de pesquisa. As transcrições foram validadas também pela pesquisadora. Os discursos retirados das transcrições foram analisados e organizados manualmente no programa Microsoft® Office Excel 2013 conforme grelha de análise (Anexo 11). Os dados foram agregados em categorias, tendo sido feita a desagregação do texto e o reagrupamento por temas como unidades de registro (Bardin, 2008).

Grupos focais

Todos os diálogos dos grupos focais foram transcritos pela investigadora, com apoio dos assistentes locais de pesquisa. Alguns trechos continham discursos em Changana, e foram traduzidos para o Português pelos assistentes de pesquisa. Para alguns termos específicos, foi realizada uma consulta do seu significado junto ao ponto focal da CDCS de Chokwe. As transcrições foram validadas também pela pesquisadora. Os discursos retirados das transcrições foram analisados e organizados manualmente no programa Microsoft® Office Excel 2013 conforme grelha de análise (Anexo 12). Os dados foram agregados em categorias, tendo sido feita a desagregação do texto e o reagrupamento por temas como unidades de registro (Bardin, 2008).

Análise documental

Os dados obtidos da análise documental foram organizados manualmente em ficheiros no programa Microsoft® Office Excel 2013, de maneira a responder às questões condutoras. As informações foram organizadas quanto à atividade, ao número, ao ano de realização e à fonte de informação.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

5.1 Fase I – Análise lógica – estudo de avaliabilidade

A seguir estão descritos detalhadamente por etapa, os resultados encontrados na Fase I. Todas as etapas do processo foram cumpridas, permitindo reunir os elementos necessários para concluir esta fase e preparar para a avaliação propriamente dita.

Etapa A) - Identificar e aceder aos documentos relevantes para a avaliação:

Considerando as 5 questões utilizadas como condutoras para identificar os documentos relevantes para a avaliação, a busca culminou em 10 diferentes tipos de documento com as respectivas séries e anexos. O quadro 5 a seguir mostra a lista de documentos encontrados, que ajudou a compreender o contexto de implementação do projeto.

Quadro 6: Lista de documentos relacionados ao contexto do projeto

Nº	Nome do documento	Tipo de documento	Ano
1	Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 – 2014	Plano Nacional – Governo de Moçambique	2010
2	INSIDA - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique.	Inquérito Nacional	2009
3	Resposta Provincial ao HIV e SIDA	Relatório Anual – NPCS/Gaza	2010/11
4	【英】モザン HIV 事業事前評価表(吉武))_edited20110830 (Mozambique: Ex-ante evaluation – English version)	Relatório da missão japonesa	2011
5	Minuta de Discussão sobre Projeto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA (NPCS) para Resposta ao HIV na Província de Gaza	Minuta de Discussão – JICA/Governo de Gaza/CNCS	2011
6	Resposta Provincial ao HIV e SIDA	Relatório Anual – NPCS/Gaza	2012/ 13/14
7	Relatório bimensal	Relatório - JICA	2012/13/14/15
8	Relatório trimestral e anexos	Relatório - JICA	2012/ 13/14
9	Relatório de descentralização do piloto	Relatório - JICA	2012/ 13/15
10	Relatório de conclusão do projeto e anexos	Relatório - JICA	2015

Etapa B) - Envolver atores chaves:

Catorze atores chaves de diferentes instituições foram envolvidos, a convite do NPCS, e participaram ativamente do *workshop*, de forma a configurar uma participação e envolvimento multissetorial conforme mostra o quadro 7:

Quadro 7: Categorização dos participantes do *workshop*

Nº	Categoria	Nº de participantes
1	Técnicos do Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA	6
2	Técnicos da Função Pública	3
3	Organizações da Sociedade Civil	1
4	Fóruns de Organizações da Sociedade Civil	2
5	Pontos focais das Comissões Distritais de HIV/SIDA	2
	Total	14

Etapa C) - Identificar os potenciais interessados na avaliação e seus papéis no processo avaliativo:

No exercício realizado durante o *workshop*, os participantes identificaram-se como interessados assim como identificaram outras categorias como potenciais interessados, salientando os tipos de apoio e os papéis de cada categoria no processo avaliativo, conforme mostra o quadro 7. Iniciando desta forma, um processo de translação de conhecimento (Contandriopoulos et al., 2008), como tem sido recomendado pelas agências internacionais de apoio ao desenvolvimento (de Savigny and Adam, 2009).

Quadro 8: Potenciais usuários da avaliação e seu papel na avaliação

Potenciais interessados	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Gestores de alto nível do Governo de Gaza	- Interesse nos resultados para a melhoria da resposta a nível da Província; - Aumentar a eficiência;		x	
Gestores de alto nível dos distritos	- Interesse nos resultados para a melhoria da descentralização da resposta a nível do distrito; - Aumentar a eficiência;		x	
Técnicos do NPC	- Análise dos resultados; - Beneficiário direto da intervenção; - Implementador do projeto a nível da Província; - Melhorar a estratégia, mostrar os desafios, dificuldades;	x		
Pontos focais das CDCS	- Beneficiário direto da intervenção; - Implementador do projeto a nível do distrito; - Melhorar a estratégia, mostrar os desafios, dificuldades e as boas práticas;	x		
Parceiros estratégicos do setor público (DPEC; DPS, DPMAS, DPJD)	- Interesse nos resultados para uma possível multiplicação da estratégia; - Compreender os desafios, dificuldades; - Conhecer as boas práticas; - Aumentar a eficiência;	x		
Organizações parceiras	- Interesse nos resultados para uma possível multiplicação da estratégia; - Compreender os desafios, dificuldades; - Conhecer as boas práticas; - Aumentar a eficiência;		x	

Organizações da Sociedade Civil	<ul style="list-style-type: none"> - Público alvo; - Conhecer as boas práticas; - Beneficiário final dos resultados obtidos; 	x
Parceiros do setor privado	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse nos resultados para uma possível multiplicação da estratégia; - Compreender os desafios, dificuldades; - Conhecer as boas práticas; - Aumentar a eficiência; 	x
Comunidade de Gaza	<ul style="list-style-type: none"> - Público-alvo - Beneficiário final dos resultados obtidos; 	x
Gestores do CNCS	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse nos resultados para a melhoria da resposta a nível do país; - Compreender os desafios, dificuldades; - Conhecer as boas práticas; - Aumentar a eficiência; 	x
Cooperação Japonesa	<ul style="list-style-type: none"> - Financiador; - Compreender os desafios, dificuldades; - Conhecer as boas práticas; - Aumentar a eficiência; 	x

Etapas D) Determinar o consenso sobre o modelo lógico da intervenção:

A discussão dos objetivos, atividades, efeitos esperados da intervenção durante o *workshop* permitiu aos participantes uma melhor compreensão do escopo da intervenção e assim, determinar o consenso sobre o modelo lógico da intervenção. Após incorporadas as sugestões, os participantes consideraram ser melhor para a visualização, ter um modelo lógico para cada um dos componentes da intervenção: I) coordenação; II) descentralização e III) comunicação, conforme mostram as figuras 6 a 8:

Figura 6: Modelo lógico – Componente coordenação

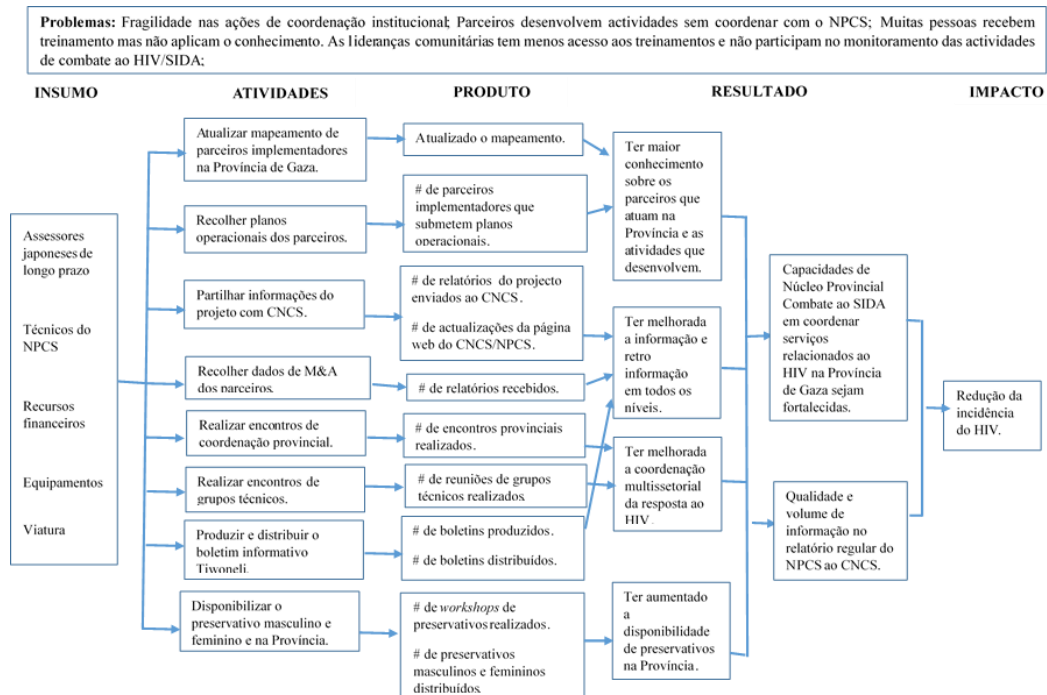


Figura 7: Modelo lógico – Componente descentralização

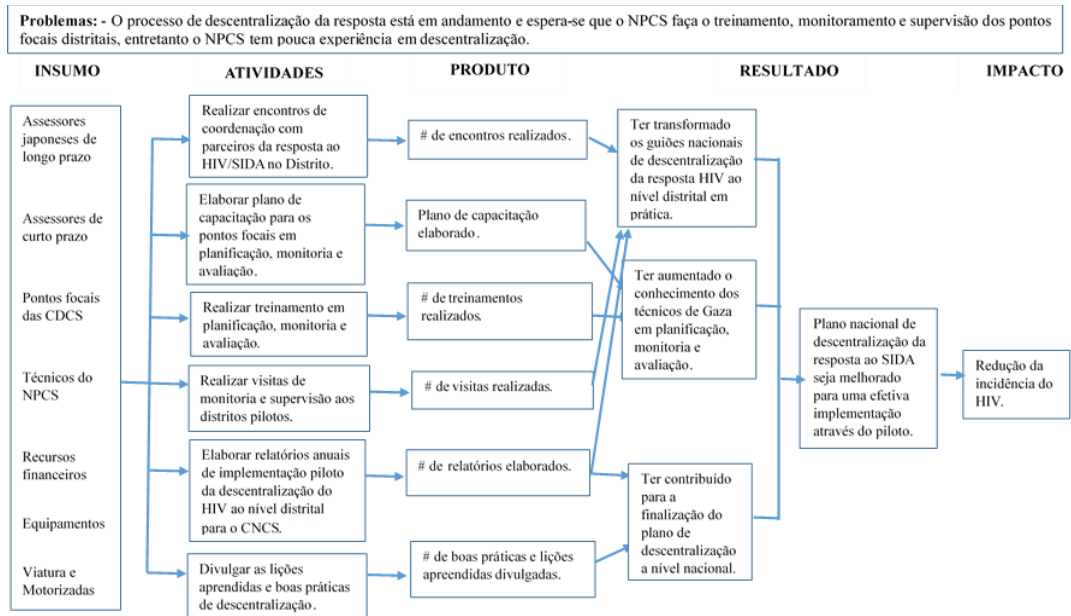
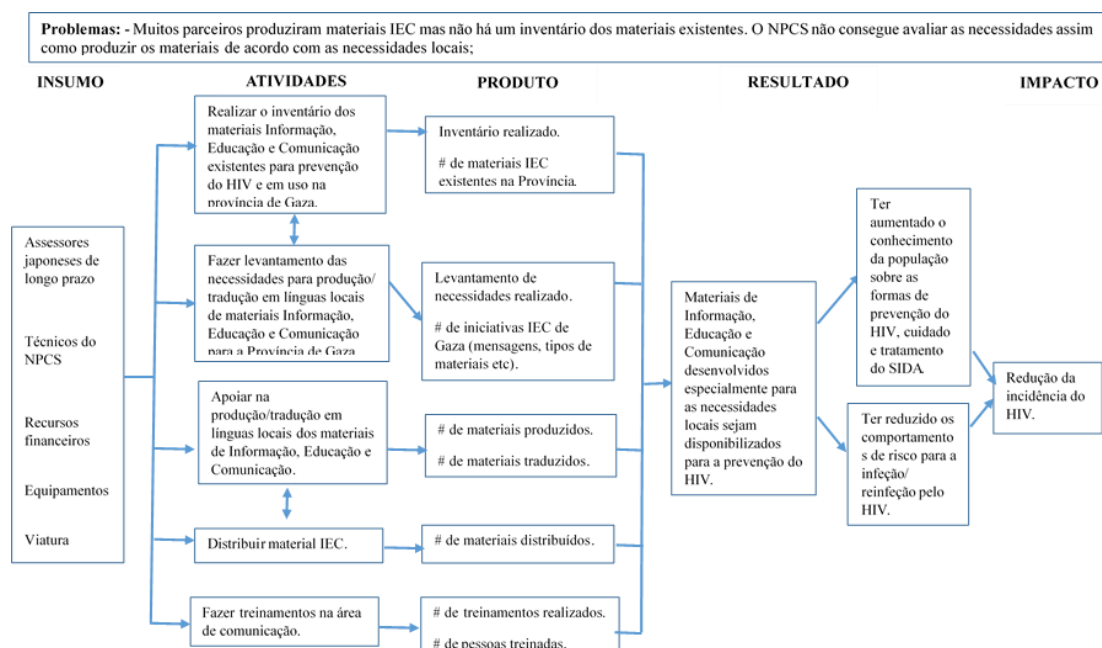


Figura 8: Modelo lógico – Componente comunicação



Etapa F) Elaborar e determinar o consenso sobre o modelo teórico da intervenção:

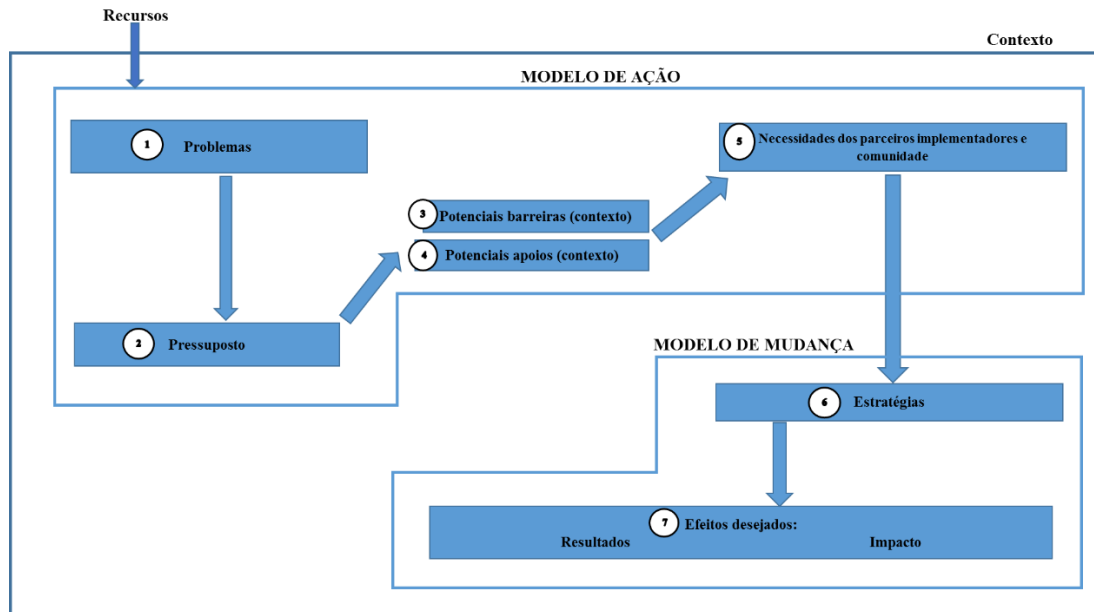
Cinco especialistas estiveram envolvidos no enriquecimento da proposta do modelo teórico da intervenção, e estão caracterizados a seguir no quadro 8:

Quadro 9: Caracterização dos especialistas em avaliação

Característica	N
Acadêmico	1
Pesquisador	2
Gestor	2
Total	5

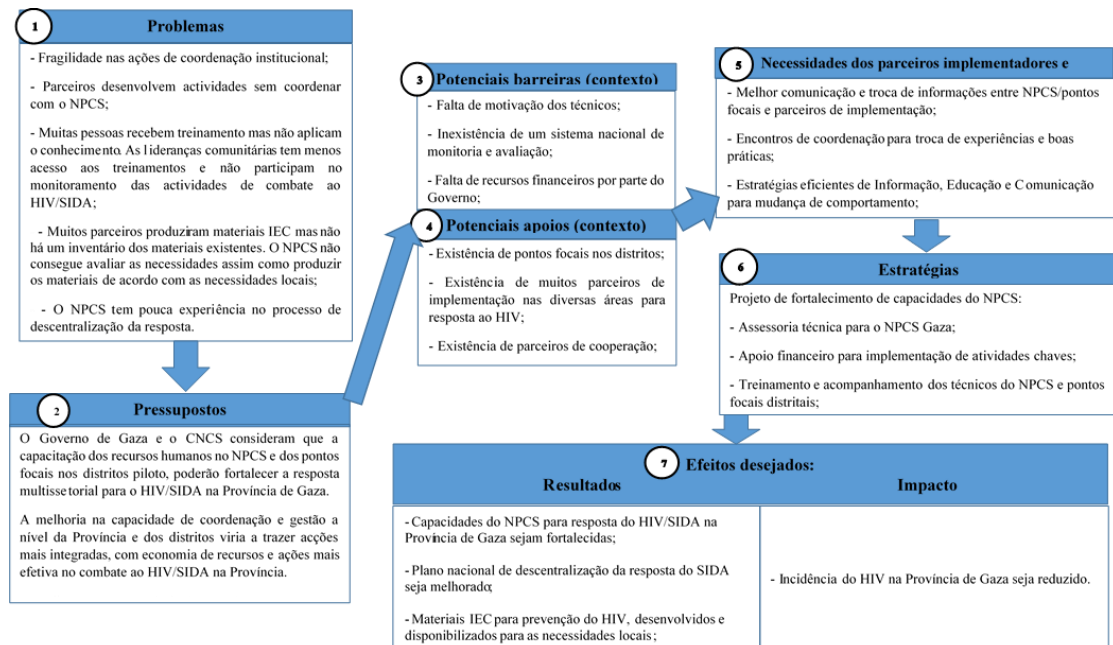
O produto final da consulta aos especialistas culminou com o estabelecimento de um desenho teórico de avaliação, baseado na Teoria da Mudança e em duas versões: uma versão esquematizada da teoria da mudança evidenciando as conexões e inter-relações entre o problema, os recursos, a intervenção e os efeitos (figuras 9) e uma versão detalhada com as descrições de cada elemento (figura 10).

Figura 9: Modelo teórico da intervenção - esquematizado



Fonte: Adaptado de (Chen, 2012).

Figura 10: Modelo teórico da intervenção – detalhado



5.2 Fase II – Avaliação de capacidades do nível provincial e nível distrital

Os resultados apresentados procuram avaliar o fortalecimento de capacidades do nível provincial e distrital, respetivamente o NPCS de Gaza e os distritos de Chokwe e Cidade de Xai Xai, nas dimensões dos sistemas e infraestrutura, estrutura organizacional e de recursos humanos e áreas correlatas conforme mostra o quadro 10:

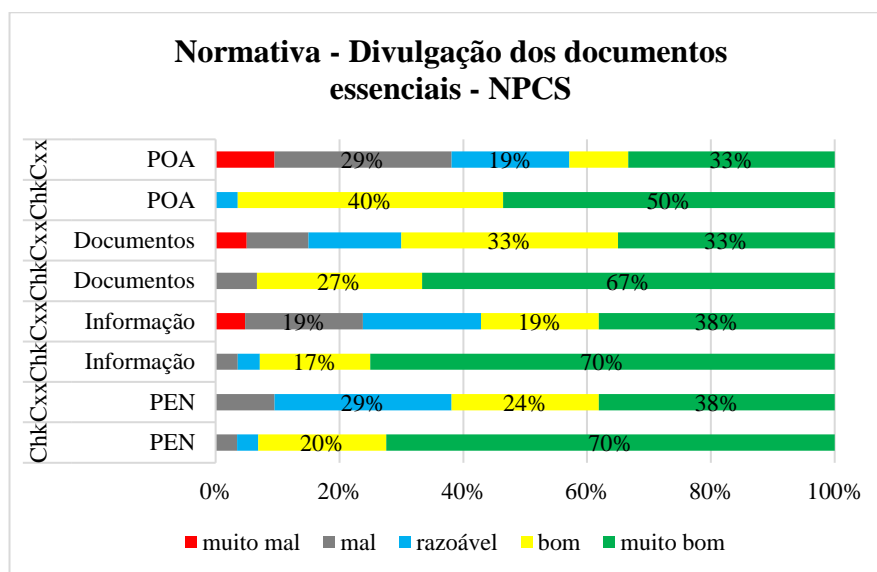
Quadro 10: Dimensões do fortalecimento de capacidades e áreas correlatas

Dimensões	Áreas correlatas
Sistemas e infraestrutura	Normativa Política e administrativa Infraestrutura Financeiro
Estrutura organizacional	Coordenação M&A Apoio Técnico Comunicação
Recursos humanos	Capacidade técnica e de resposta

Sistemas e infraestrutura

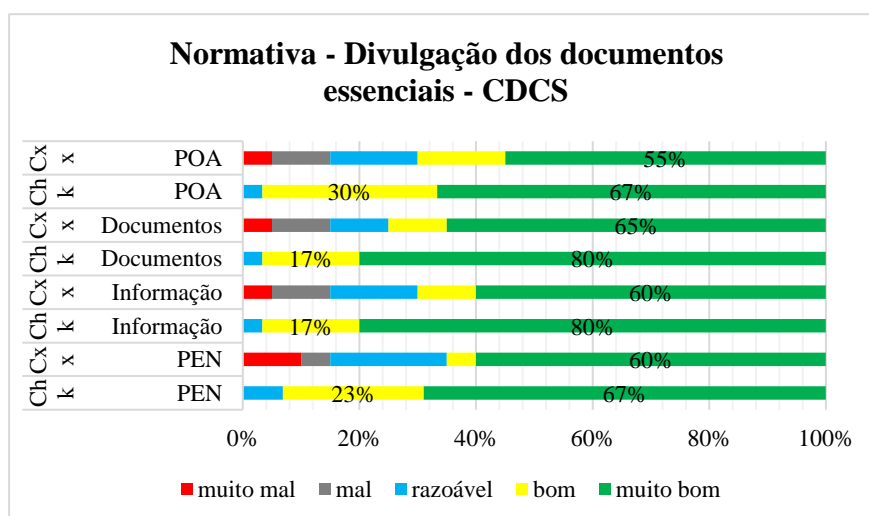
No âmbito da área normativa, a maioria dos inquiridos de Chokwe (70% (21)) consideraram como muito bom a divulgação que o NPCS fez dos componentes estratégicos do PEN e das informações essenciais sobre a política e à epidemia do HIV, 67 % (20) para os documentos estratégicos e o plano operacional anual (POA) pendeu para o muito bom e bom com 50% (15) e 40% (12) respetivamente. Já os inquiridos da Cidade de Xai Xai apenas 38% (8) consideraram muito bom a divulgação do PEN e das informações essenciais, 33% (7) consideraram muito bom e bom a divulgação dos documentos estratégicos e 33% (7) consideraram a divulgação do POA muito bom e 29% (6) mal como mostra a figura 11.

Figura 11: Área normativa - Divulgação dos documentos essenciais - NPCS



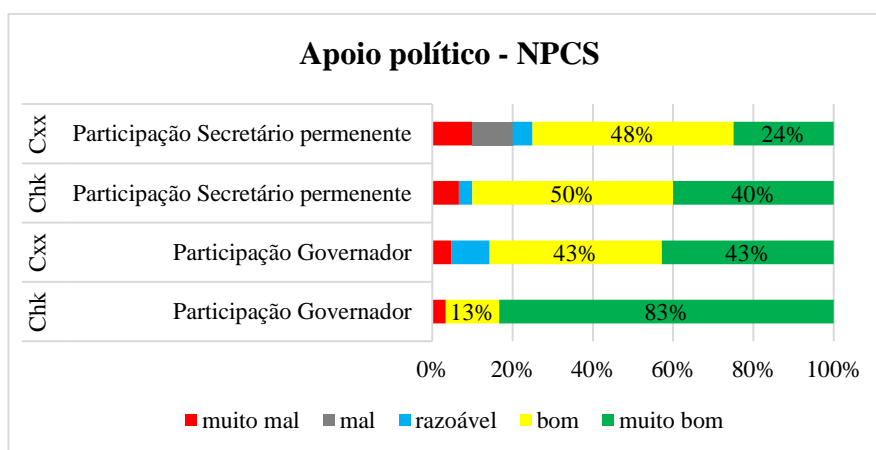
Ao nível distrital, 80% (24) dos participantes do Distrito de Chokwe referem que o distrito teve desempenho muito bom na divulgação das informações essenciais sobre a política e epidemia do HIV e documentos estratégicos, e 67% (20) nos componentes estratégicos do PEN e no plano operacional anual. Na Cidade de Xai Xai 65% (13) referem como muito bom a divulgação de documentos, 60% (12) na divulgação de informação e dos componentes do PEN e 55% (11) do plano operacional anual, observando-se uma baixa divulgação do POA a nível provincial comparados com os outros documentos (figura 12).

Figura 12: Área normativa – Divulgação dos documentos essenciais - CDCS



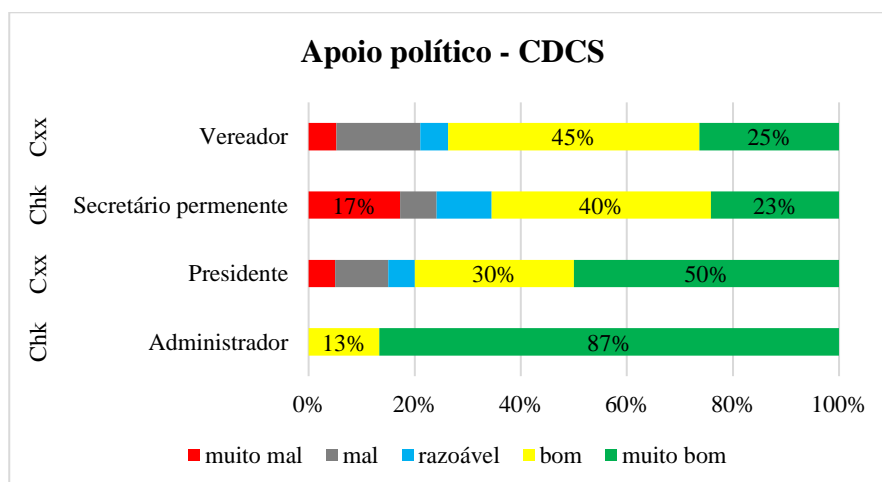
O apoio político traduziu-se na participação das lideranças nas atividades relacionadas à resposta ao HIV/SIDA. Nesta vertente, a grande maioria ou seja, 83% (25) dos inquiridos de Chokwe, consideraram a participação do Governador como muito bom. Na Cidade de Xai Xai, 43% (9) consideraram muito bom e outros 43% (9) consideraram bom. Nota-se entretanto que de uma maneira geral, os secretários permanentes tem uma participação menos efetiva nas atividades relacionadas ao HIV/SIDA sendo referidos por 50% (15) dos inquiridos de Chokwe como bom e 45% (12) como muito bom. Já os inquiridos da Cidade de Xai Xai consideraram 48% (10) bom e 24% (5) muito bom (figura 13).

Figura 13: Apoio político –NPCS



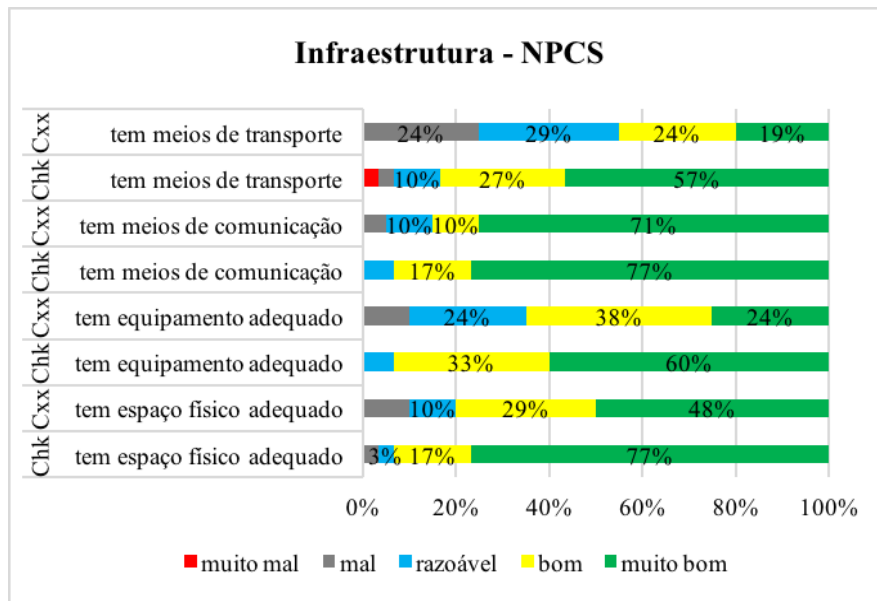
A nível distrital, verificou-se que o Administrador de Chokwe teve uma presença expressiva nos eventos relacionados ao HIV/SIDA sendo considerado muito bom pela maioria dos inquiridos (87% (26)). Já na Cidade de Xai Xai 50% (10) dos inquiridos consideraram a participação do Presidente do Município de Xai Xai muito bom e 30% (6) bom. Embora com denominações diferentes e funções organicamente distintas, ambos exercem o papel de presidente das comissões distritais de combate ao HIV/SIDA. Já os Secretários permanentes tiveram desempenhos similares em ambas localidades sendo considerado bom por 45% (9) e muito bom por 25% (5) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai, e bom por 40% (12) e muito bom por 23% (7) dos inquiridos de Chokwe (figura 14).

Figura 14: Apoio político – CDCS



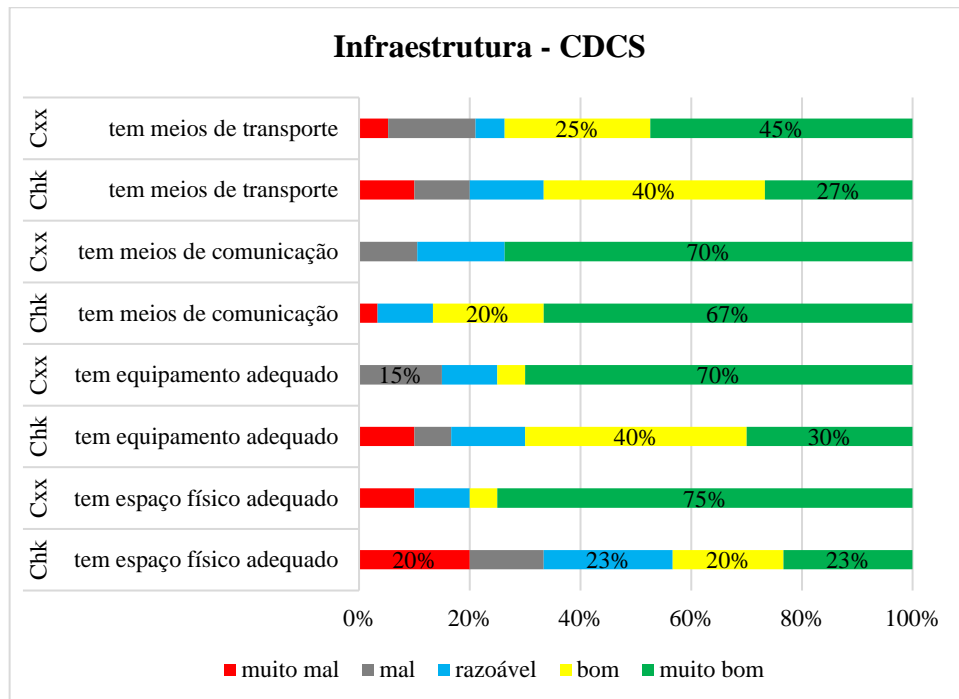
Na área de infraestrutura do NPCS para o desempenho de suas atividades, 77% (23) dos participantes de Chokwe e 48% (10) da Cidade de Xai Xai consideram muito bom o espaço físico existente. Em relação aos meios de comunicação 77% (23) dos inquiridos de Chokwe e 71% (15) da Cidade de Xai Xai referem como muito bom o acesso do NPCS à internet fixa, móvel e telefone. Em relação à existência de equipamentos adequados, 60% (18) dos inquiridos de Chokwe consideraram muito bom e na Cidade de Xai Xai 38% (8) consideraram bom e 24% (5) muito bom. Já para os meios de transporte e combustível para o desempenho das atividades do NPCS, 57% (17) dos inquiridos de Chokwe consideraram muito bom e na Cidade de Xai Xai 29% (6) consideraram razoável e 24% (4) como bom e outros 24% (4) como mal, como mostra a figura 15.

Figura 15: Infraestrutura – NPCS



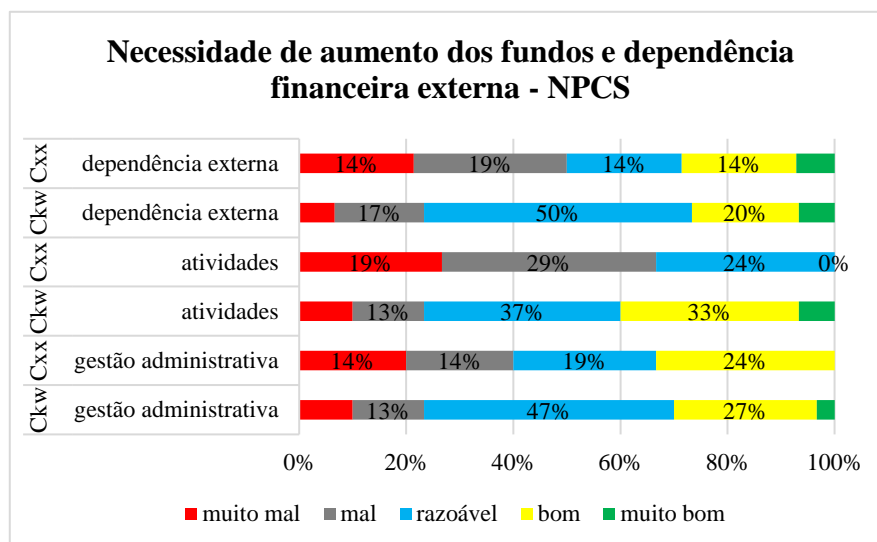
Em termos de infraestrutura a nível distrital, 75% (15) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai consideram o espaço físico para o desempenho das atividades do ponto focal como muito bom, sendo que em Chokwe 23% (7) consideram muito bom e razoável na mesma proporção, 20% (6) como bom e outros 20% muito ruim. Em relação aos meios de comunicação 70% (14) da Cidade de Xai Xai e 67% (20) de Chokwe consideram que os pontos focais estão bem servidos dos instrumentos de comunicação. Em termos de equipamentos, 70% (14) da Cidade de Xai Xai consideram muito bom e em Chokwe 40% (12) referem que é bom e 30% (9) muito bom. Quanto aos meios de transporte e combustível, são considerados muito bom por 45% (9) e bom por 25% (5) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai e bom por 40% (12) e 27% (8) muito bom pelos inquiridos de Chokwe (figura 16).

Figura 16: Infraestrutura – CDCS



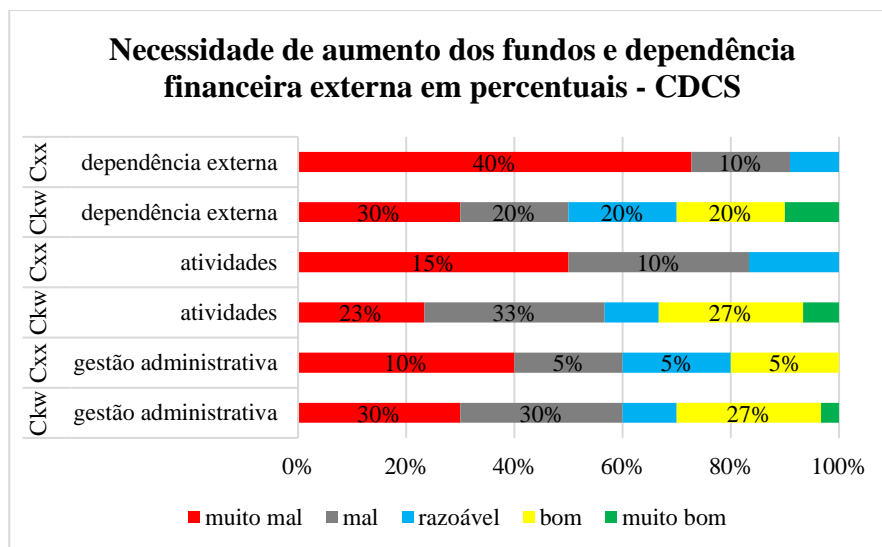
Quanto maior a necessidade de aumento de fundos ou de dependência financeira externa pior o cenário no aspeto financeiro. Os dados analisados mostram que 50% (15) dos inquiridos de Chokwe consideram que há uma dependência financeira razoável do NPCCS a fundos externos e 20% (6) consideram que a situação é boa. Já entre os inquiridos da Cidade de Xai Xai, 19% (4) consideram que a situação está mal, 14% (3) referem ser muito mal, razoável e bom apresentando os mesmos percentuais para as referidas categorias. Quanto à necessidade de aumento de fundos para a gestão administrativa do NPCCS, 47% (14) dos inquiridos de Chokwe referem que a situação é razoável e 27% (8) bom, enquanto que para os inquiridos da Cidade de Xai Xai 24% (5) consideram bom, 19% (4) razoável e 14% (3) mal e outros 14% muito mal. Em relação à necessidade de aumento de fundos para a realização das atividades planeadas, 37% (11) dos inquiridos de Chokwe referem que está razoável enquanto 33% (10) dizem que está bom. Na Cidade de Xai Xai, 29% (6) referem que está mal e 24% (5) que está razoável (figura 17).

Figura 17: Necessidade de aumento dos fundos e dependência financeira externa em percentuais
– NPCS



Olhando para os dados distritais, verificou-se que 40% (8) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai dizem que a situação de dependência financeira está muito mal a nível da Cidade, ao passo de que para Chokwe, 30% (9) consideram como muito mal e 20% (6) consideram como mal, razoável e bom no mesmo percentual para cada uma dessas categorias. Quanto à necessidade de aumento de fundos para a gestão administrativa a nível dos distritos, 30% (9) dos inquiridos de Chokwe referem que a situação é mal, outros 30% muito mal e 27% (8) bom, enquanto que para os inquiridos da Cidade de Xai Xai 10% (2) consideram muito mal, e 5% (1) para cada uma das variáveis mal, razoável e bom. Entretanto 75% (15) não responderam à esta questão por falta de informação. Em relação à necessidade de aumento de fundos para a realização das atividades planeadas nos distritos, 33% (10) dos inquiridos de Chokwe referem que está mal enquanto 27% (8) dizem que está bom e 23% (7) muito mal. Já entre os inquiridos da Cidade de Xai Xai, 15% (3) referem que está muito mal e 10% (2) que está mal, entretanto 70% (14) deixaram de responder esta questão. Mas de uma maneira geral, observa-se que existe uma maior necessidade de acréscimo de fundos para a resposta do HIV ao nível dos distritos que a nível da Província (figura 18).

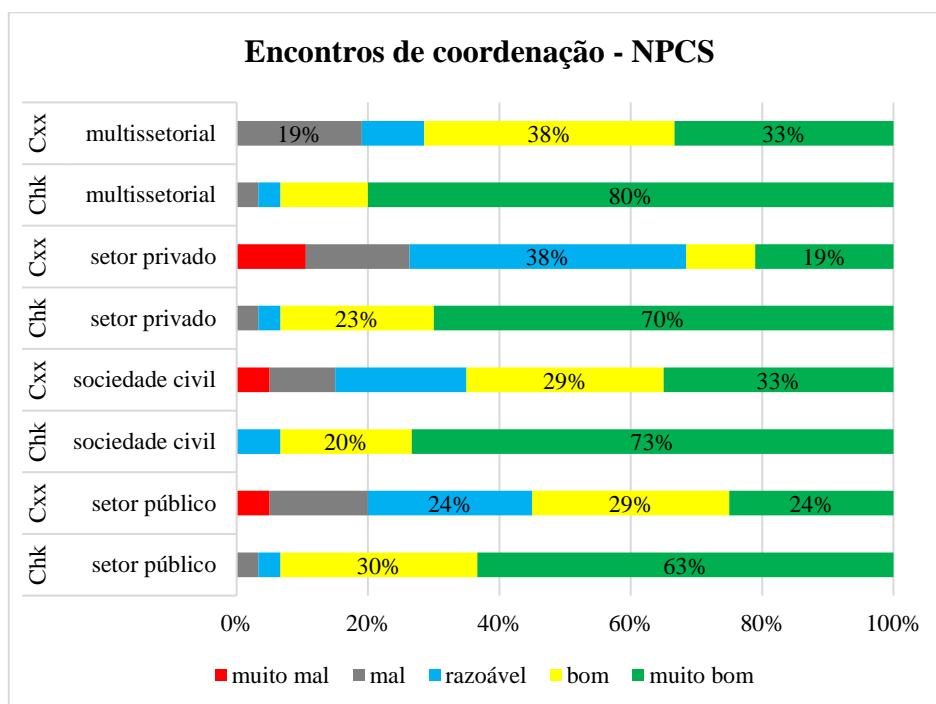
Figura 18: Necessidade de aumento dos fundos e dependência financeira externa em percentuais – CDCS



Estrutura organizacional

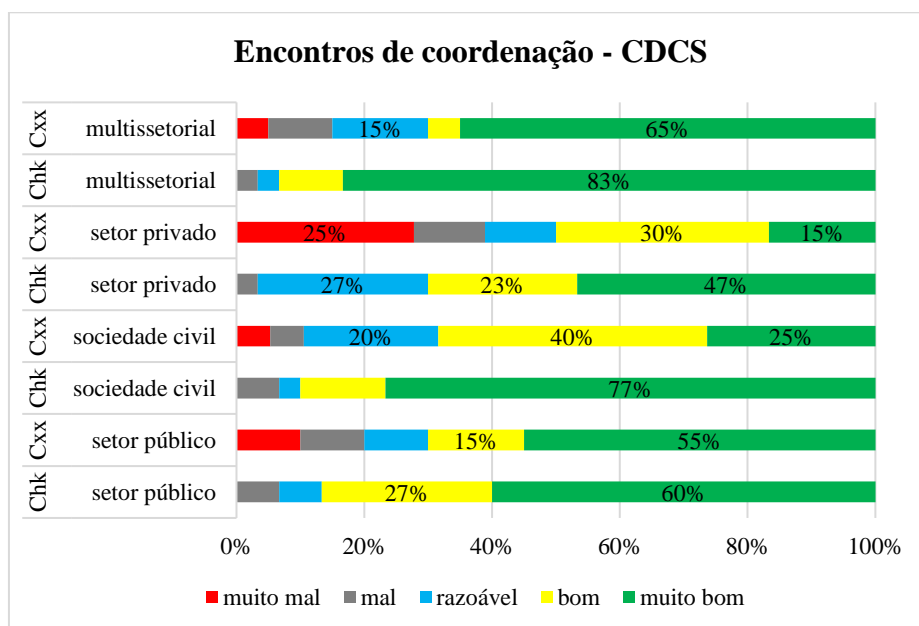
Na dimensão da estrutura organizacional, os dados revelam que 80% (24) dos participantes de Chokwe consideraram como muito bom os encontros multissetoriais realizados pelo NPCCS e entre os participantes da Cidade de Xai Xai, 38% (8) consideraram bom e 33% (7) muito bom. Em relação aos encontros com a sociedade civil, 73% (22) dos participantes de Chokwe consideraram muito bom, e entre os participantes da Cidade de Xai Xai 33% (7) referiram como muito bom e 29% (6) como bom. Os encontros com o setor privado foram considerados como muito bom por 70% (21) dos participantes de Chokwe e entre os participantes da Cidade de Xai Xai 38% (8) razoável e 19% (4) muito bom. Já os encontros com o setor público foram considerados como muito bom por 63% (19) dos participantes de Chokwe e 29% (6) como bom e 24% (5) como razoável e muito bom pelos da Cidade de Xai Xai, conforme mostra a figura 19.

Figura 19: Encontros de coordenação por setores – NPCS



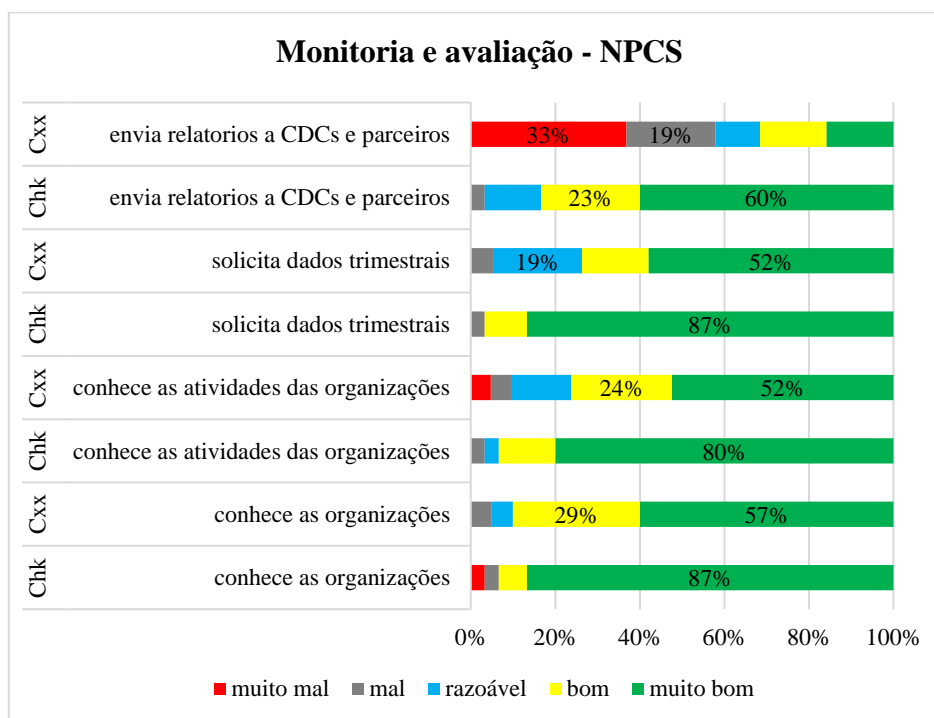
No âmbito distrital, os dados revelam que 83% (25) dos participantes de Chokwe consideraram como muito bom os encontros multissetoriais realizados pela CDCS e entre os participantes da Cidade de Xai Xai, 65% (13) consideraram muito bom e 15% (3) razoável. Em relação aos encontros com a sociedade civil, 77% (23) dos participantes de Chokwe consideraram muito bom, e entre os participantes da Cidade de Xai Xai 40% (8) referiram como bom e 25% (5) como muito bom. Os encontros com o setor público foram considerados como muito bom por 60% (18) dos participantes de Chokwe e 55% (11) entre os participantes da Cidade de Xai Xai. Já os encontros com o setor privado foram considerados como muito bom por 47% (14) e razoável por 27% (8) dos participantes de Chokwe e pelos participantes da Cidade de Xai Xai como bom por 30% (6) e muito mal por 25% (5), conforme mostra a figura 20.

Figura 20: Encontros de coordenação por setores – CDCS



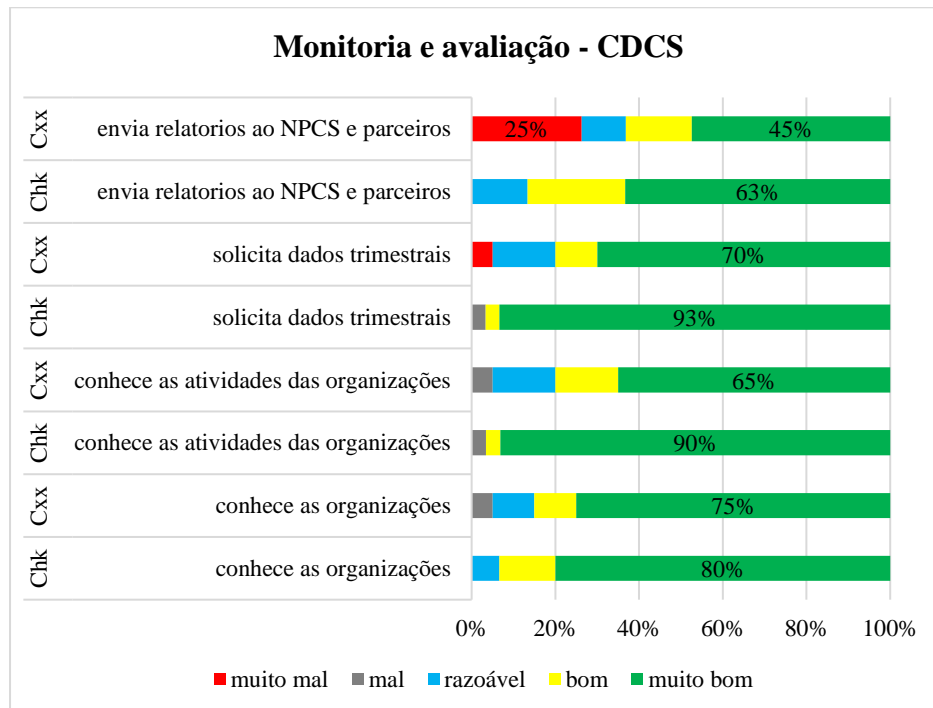
Olhando para o componente da monitoria e avaliação do NPCCS, verificou-se que 87% (26) dos inquiridos de Chokwe e 57% (12) da Cidade de Xai Xai consideraram muito bom o conhecimento do NPCCS acerca as organizações que operam na resposta do HIV/SIDA na Província. Em relação ao conhecimento do NPCCS sobre as atividades desenvolvidas por estas organizações, 80% (24) dos inquiridos de Chokwe e 52% (11) de Xai Xai apontaram como muito bom. Em relação à solicitação do NPCCS de dados trimestrais às organizações, 87% (26) dos inquiridos de Chokwe e 52% (11) da Cidade de Xai Xai consideraram muito bom. Já a devolutiva das informações às CDCS e parceiros por meio de relatórios do NPCCS, foi considerada muito bom por 60% (18) dos inquiridos de Chokwe, mas 33% (7) e 19% (4) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai consideraram muito mal e mal respetivamente (figura 21).

Figura 21: Atividades de monitoria e avaliação – NPCS



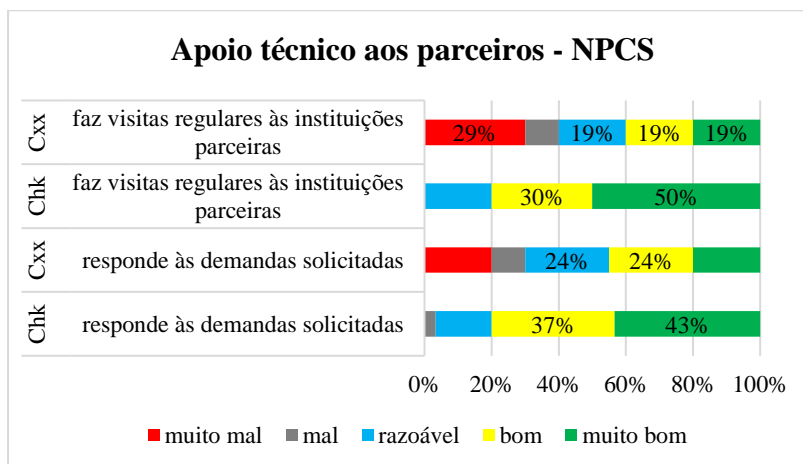
Navegando pelos distritos, verificou-se que a performance do nível distrital neste componente foi muito mais evidente que a do nível provincial. Quando questionados sobre o conhecimento das CDCS acerca as organizações que operam na resposta do HIV/SIDA no distrito, verificou-se que 80% (24) dos inquiridos de Chokwe e 75% (15) da Cidade de Xai Xai consideraram muito bom. Em relação ao conhecimento das CDCS sobre as atividades desenvolvidas por estas organizações, 90% (27) dos inquiridos de Chokwe e 65% (13) de Xai Xai apontaram como muito bom. Em relação à solicitação da CDCS de dados trimestrais às organizações, 93% (28) dos inquiridos de Chokwe e 70% (14) da Cidade de Xai Xai consideraram muito bom. Já o envio das informações ao NPCS e parceiros por meio de relatórios do NPCS, foi considerada muito bom por 63% (19) dos inquiridos de Chokwe, mas 45% (9) e 25% (5) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai consideraram muito bom e muito mal respetivamente (figura 22).

Figura 22: Atividades de monitoria e avaliação – CDCS



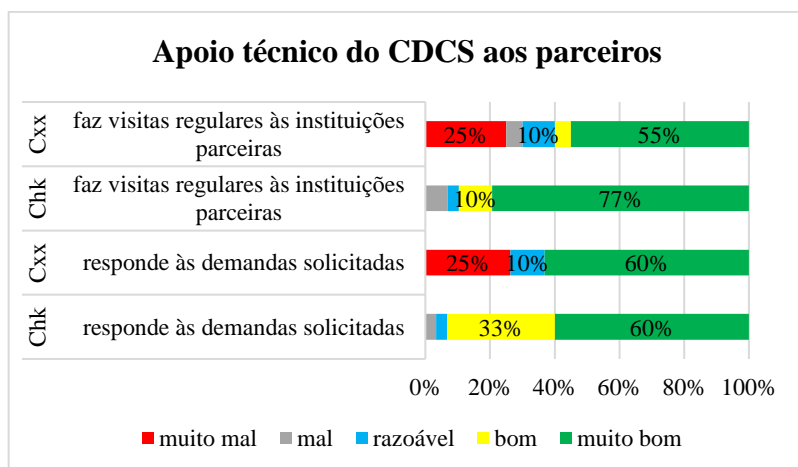
Quando analisado o apoio técnico aos parceiros, 50% (15) dos inquiridos de Chokwe consideraram como muito bom e 30% (9) bom no que se refere às visitas relugares às instituições parceiras, ao passo que 29% (6) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai apontaram como muito mal e 19% (4) como muito bom, bom e razoável. Para as respostas às demandas solicitadas, foi considerado como muito bom e bom por 43% (13) e 37% (11) dos inquiridos de Chokwe respetivamente, e considerado bom e razoável por 24% (5) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai (figura 23).

Figura 23: Apoio técnico aos parceiros – NPCS



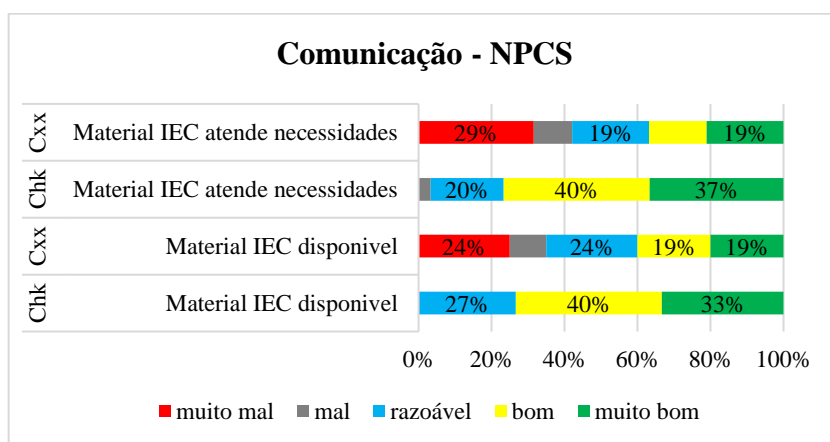
Ao nível distrital, verifica-se que o apoio técnico aos parceiros, no concernente às visitas regulares às instituições parceiras, é considerada como muito bom por 77% (23) dos inquiridos de Chokwe. Já na Cidade de Xai Xai, 55% (11) consideram muito bom mas 25% (5) muito mal. Para as respostas às demandas solicitadas, 60% de Chokwe e Cidade de Xai Xai (18 e 12 respetivamente) consideraram como muito bom entretanto outros 33% (10) dos inquiridos de Chokwe consideraram bom e 25% (5) da Cidade de Xai Xai muito mal (figura 24).

Figura 24: Apoio técnico aos parceiros – CDCS



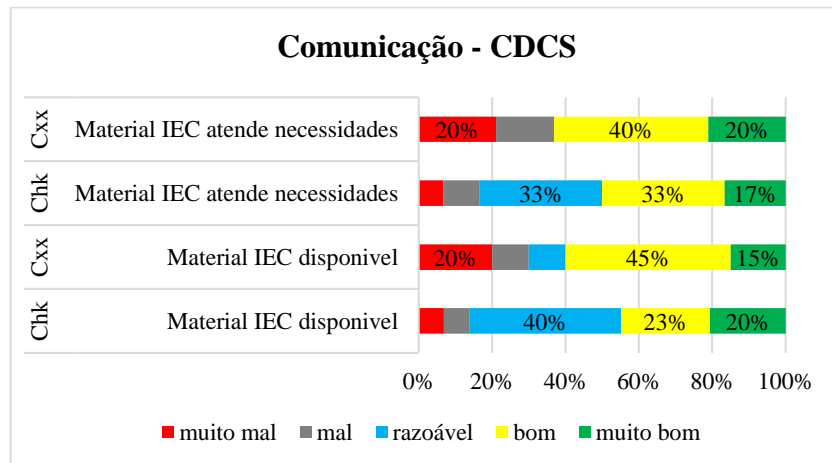
Na área de comunicação do NPCCS, quando perguntados se os materiais IEC atendiam à necessidades da instituição, 40% (12) os inquiridos de Chokwe responderam bom, 37% (11) muito bom e 20% (6) razoável. Em Xai Xai a mesma questão foi considerada muito mal por 29% (6) dos inquiridos e 19% (4) consideraram muito bom e outros 19% razoável. Em relação à disponibilidade do material IEC 40% (12) dos inquiridos de Chokwe responderam que era bom, 33% (10) muito bom e 27% (8) razoável, ao passo que na Cidade de Xai Xai 24% (5) consideraram muito mal e 24% razoável e outros 19% (4) muito bom e outros 19% bom, conforme mostra a figura 25.

Figura 25: Comunicação – NPCCS



Ao analisar os dados dos distritos em relação à comunicação, a disponibilidade de materiais 45% (9) dos participantes da Cidade de Xai Xai responderam que é bom, 20% (4) muito mal e 15% (3) muito bom e em Chokwe 40% (12) dos participantes responderam razoável, 23% (7) bom e 20% (6) muito bom. Quando perguntado se os materiais atendiam às necessidades da instituição 40% (8) dos participantes da Cidade de Xai Xai responderam bom, 20% (4) muito bom e 20% (4) muito mal. Já em Chokwe 33% (10) consideraram razoável, 33% (10) bom e 17% (5) muito bom (figura 26).

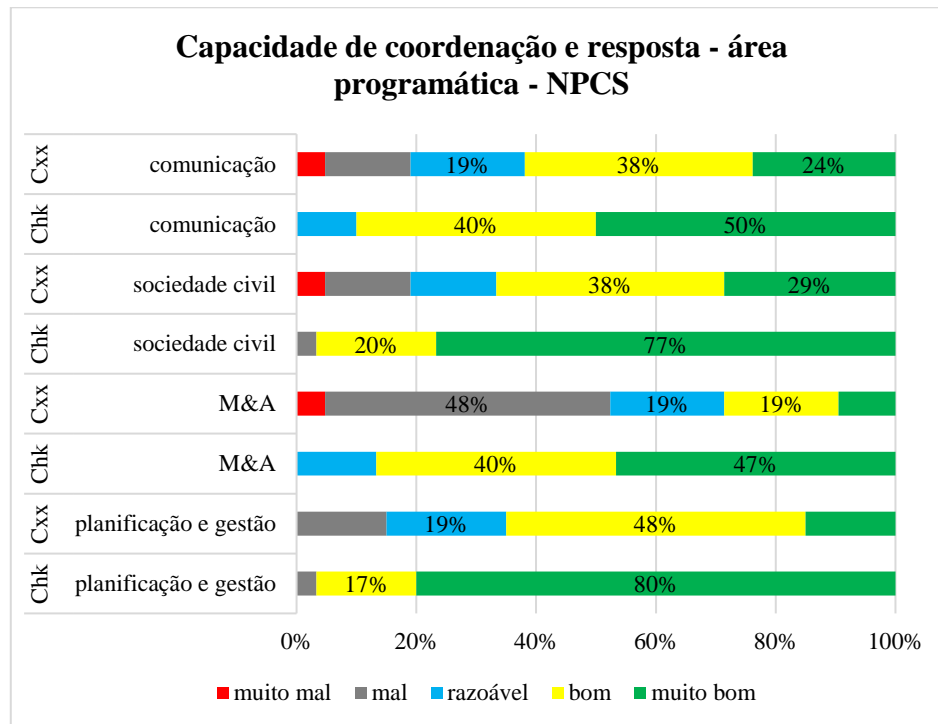
Figura 26: Comunicação - CDCS



Recursos humanos

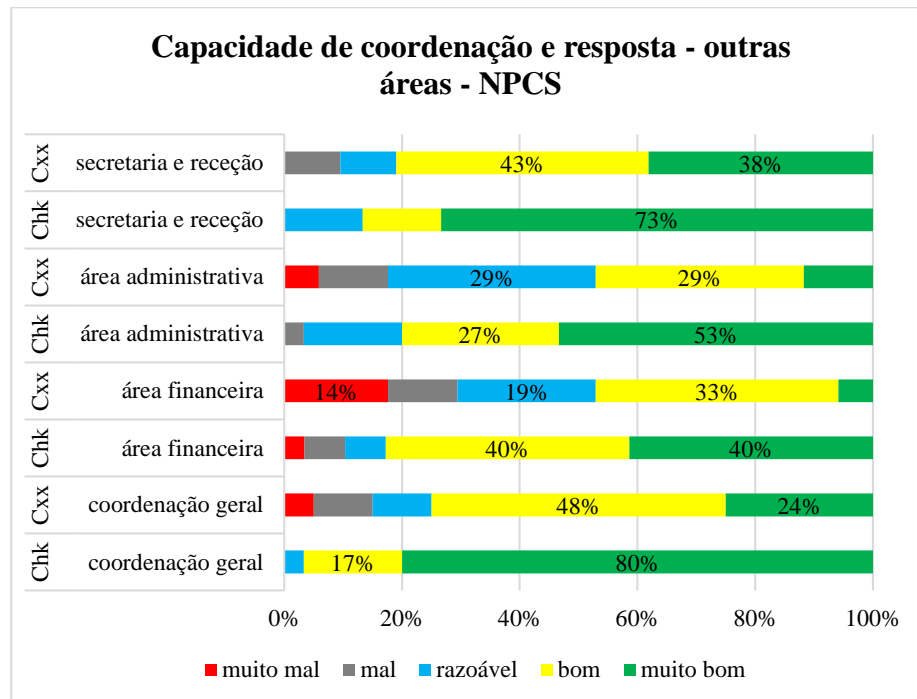
Na dimensão dos recursos humanos, a análise da capacidade de reposta por função na área programática mostrou que: a função de planificação e gestão foi considerado muito bom por 80% (24) dos inquiridos de Chokwe e na Cidade de Xai Xai foi considerado como bom por 48% (10) e razoável por 19% (4) dos inquiridos. A articulação com a sociedade civil recebeu muito bom por 77% (23) dos inquiridos de Chokwe, enquanto 38% (8) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai consideraram como bom e 29% (6) muito bom. Em relação à função de comunicação 50% (15) dos inquiridos de Chokwe consideraram muito bom e 40% (12) bom ao passo de que 38% (8) dos inquiridos da Cidade de Xai Xai consideraram bom, 24% (5) muito bom e 19% (4) razoável. Já para a função de M&A, 47% (14) dos inquiridos de Chokwe responderam muito bom e 40% (12) bom e em Xai Xai 48% (10) disseram mal, 19% (4) razoável e 19% (4) bom, conforme pode ser visualizado na figura 27.

Figura 27: Capacidade de reposta da área programática, por função – NPCS



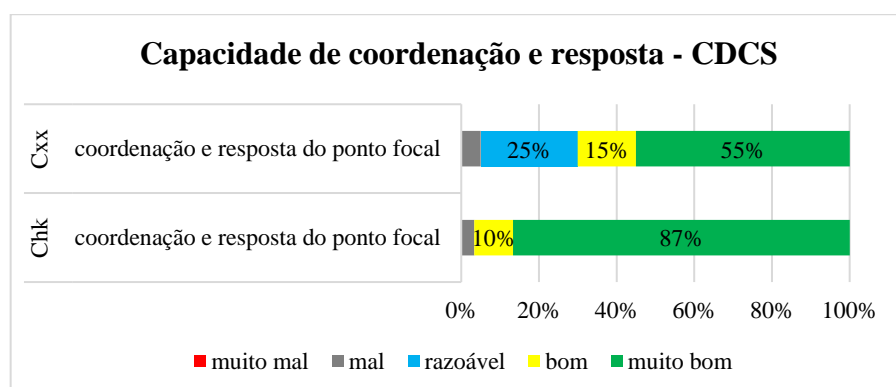
Analisando as outras áreas do NPCS verificou-se que 80% (24) dos participantes de Chokwe consideraram a coordenação geral do NPCS muito bom, enquanto que 48% (10) dos participantes da Cidade de Xai Xai consideraram bom e 24% (5) muito bom. Em relação à secretaria e receção 73% (24) dos participantes de Chokwe consideraram muito bom sendo que na Cidade de Xai Xai 43% (9) disseram bom e 38% (8) muito bom. Sobre a área administrativa 53% (18) dos participantes de Chokwe responderam muito bom e 27% (8) bom e em Xai Xai 29% (6) responderam bom e outros 29% (6) razoável. Na área financeira, 40% (12) dos participantes de Chokwe disseram muito bom e outros 40% disseram bom, sendo que em Xai Xai 33% (7) consideraram bom, 19% (4) razoável e 14% (3) muito mal. Veja a figura 28.

Figura 28: Capacidade de reposta das outras áreas – NPCS



Devido à inexistência de equipa no nível distrital, a análise de capacidade de resposta foi focado nos pontos focais, mostrando que 87% (26) dos participantes do Distrito de Chokwe consideraram a atuação do seu ponto focal muito bom ao passo que na Cidade de Xai Xai 55% (11) dos respondentes consideraram muito bom e 25% (5) como razoável a atuação de seu ponto focal (figura 29).

Figura 29: Capacidade de reposta do ponto focal – CDCS



5.3 Fase III - Análise de implementação

Entrevistas:

Os resultados apresentados procuram, sob o ponto de vista de alguns atores chave, compreender como ocorreu o fortalecimento de capacidades na Província de Gaza. A análise das categorias em cada um dos seus níveis de análise permitiu identificar a existência de padrões divergentes e convergentes (Bardin, 2008).

Os discursos proveniente dos 19 informantes chaves foram organizados em temas e categorias, conforme segue o quadro 11 a seguir.

Quadro 11: Temas e categorias das entrevistas

Tema	Categoria
Fortalecimento de capacidades	Capacitação do capital humano
	Capacitação institucional
	Financeiro, infraestrutura e materiais
Processo de Coordenação	Apropriação e liderança do governo
	Abordagem multisetorial
	Nível provincial
Envolvimento (compromisso) dos técnicos no projeto	Nível distrital
	Nível provincial
Estratégia de coordenação	Impressões positivas
	Desafios e sugestões para melhoria
Estratégia de descentralização	Recursos humanos
	Capacidade técnica no distrito
	Desafios
Estratégia de comunicação	Partilha de informação
	Dinamização do grupo técnico de comunicação
	Envolvimento dos meios de comunicação
	Outros meios de veiculação da mensagem
	Produção local de mensagens
Habilidades e postura	Desafios
	Conhecimento
	Habilidades interpessoais
	Correspondência às expectativas
Boas práticas	Desafios
	Capacitação
	Coordenação
	Comunicação
	Descentralização
Sustentabilidade	Motivo para ser considerado boa prática
	Técnica
	Política
	Financeira
	Estratégias para continuar com as acções

Para cada uma das categorias de informantes chaves foi atribuído um código, de maneira a facilitar a identificação dos discursos (quadro 12).

Quadro 12: Categoria dos informantes e codificação por tipo

Categoria	Tipo de informante	Código
Nível central e agências bilaterais	Profissionais do CNCS	NC - CNCS
	Agências bilaterais de cooperação Na Prov. Gaza	NC - AB
Nível provincial	Técnicos do NPCS	NP - NPCS
	Técnicos das Direções Provinciais	NP – DPS
		NP – DPEC
Nível distrital	Pontos focais distritais	ND – ponto focal
	Administrador distrital	ND - administrador
Sociedade civil	Representantes de ONG internacionais	SC - ONG
	Fóruns de ONG	SC - fórum
	Organização comunitária de base	SC - OCB

5.3.1 Fortalecimento de capacidades

Quando questionados sobre o significado do Fortalecimento de Capacidades do Núcleo Provincial, os entrevistados descreveram em três vertentes. No que concerne à capacitação humana, na capacitação institucional e o apoio financeiro incluindo equipamentos e materiais. Vide o quadro 13 a seguir:

Quadro 13: Fortalecimento de capacidades - categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1
Capacitação do capital humano	Formação / treinamento
	Capacidade técnica e de articulação
	Existência de RH
Capacitação institucional	Procedimentos/manuais e guiões/ferramentas de gestão
Financeiro, infraestrutura e materiais	Boas condições de trabalho

Capacitação do capital humano

Na vertente da capacitação humana, 14 entre os 19 entrevistados focaram na importância da formação profissional como base para o conhecimento, de forma a atender às demandas da resposta ao HIV/SIDA.

NC – CNCS: “os recursos humanos disponíveis, se eles não estão capacitados em matérias técnicas não vão eventualmente avançar com aquilo que é o seu trabalho”

Não obstante o fato de adquirir o conhecimento, mas de ter a capacidade de aplicar este conhecimento e articular com os diferentes intervenientes também foi salientado:

SC – ONG: “fazer com que eles planifiquem melhor as atividades a desenvolver com os diferentes parceiros existentes, que conheçam também o que é que cada

parceiro está a fazer na província junto aos resultados que os parceiros estão a ter isso tudo. Eles terem capacidade pelo menos de agregar essas informações todas”

Adicionalmente, enfatizam a importância de existir recursos humanos suficientes para serem capacitados e atenderem a demanda:

NC – CNCS: “por mais que estejam capacitados em matérias técnicas, mas se são recursos humanos insuficientes também não vão portanto dar resposta aquilo que é o seu trabalho”

Capacitação institucional

Já a capacitação institucional é vista na perspectiva da criação de ferramentas de gestão para um melhor desempenho do seu papel coordenador. Esta questão foi referenciada por poucos (4/19), sendo que nenhum dos entrevistados do nível provincial fez menção ao assunto:

ND – ponto focal: “eu entendo que seja maneiras ou procedimentos, esses procedimentos podem ser capacidades institucional, financeiro e apoio técnico”

Financeiro, infraestrutura e material

Na sequência, os participantes da entrevista sublinharam a necessidade de boas condições de trabalho, traduzido pela existência de mobiliários, computadores, meios de comunicação, transporte, consumíveis e aporte financeiro.

5.3.2 Processo de coordenação

Em relação ao processo de coordenação para a resposta ao HIV os entrevistados relatam que houve uma apropriação do governo e um enfoque multisetorial, e que em ambos os níveis provincial e distrital os setores público, privado e a sociedade civil estão envolvidos, mas não de uma maneira uniforme conforme pode ser verificado no quadro 14 abaixo:

Quadro 14: Processo de Coordenação - categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1	Subcategoria 2
<u>Apropriação e liderança do governo</u>		
<u>Abordagem multissetorial</u>		
Nível provincial	Envolvidos	Setor público
		Setor privado
		Sociedade civil
	Não envolvidos ou pouco envolvidos	Setor público
Nível distrital	Envolvidos	Setor privado
		Setor público
		Sociedade civil
	Não envolvidos ou pouco envolvidos	Lideranças comunitárias
		AMETRAMO

Apropriação e liderança do governo

Os entrevistados mencionam a apropriação e liderança do governo, na problemática do HIV/SIDA, desde os níveis mais altos de coordenação até a base:

ND – Ponto focal: “é feita ao nível mais alto da liderança da Província, a partir da Governadora da Província, e junta também a equipe dos Diretores Provinciais, o Núcleo Provincial, e vai descendo para o distrito onde também a coordenação é a alto nível através do Administrador do Distrito, que também trabalha com a equipe que está lá ao nível do distrito”

Entretanto eles salientam que a forma como esta liderança participa na resposta e como ela se relaciona com o seu corpo técnico é insuficiente:

NC – AB: “não basta só o envolvimento em reuniões, sinto que as lideranças, portanto o vice-presidente, o presidente da Comissão deviam ter uma atuação mais proativa na vertente horizontal... cobrar o que é que é o dia-a-dia do Núcleo, o que é que o Núcleo planifica, o que que o Núcleo efetivamente coordena”

Abordagem multissetorial

Outrossim, os arguidos enfatizam a importância da abordagem multissetorial, embora seja um conteúdo que não foi mencionado por nenhum dos entrevistados do nível provincial:

ND – ponto focal: “a coordenação da resposta quanto combate ao HIV/SIDA é positivo dado a intervenção de tantos parceiros de vários níveis que que expande a informação”

Nível provincial

Na visão dos entrevistados, o setor mais envolvido no processo de coordenação a nível provincial é o setor público:

SC – ONG: “temos a própria saúde, e é coordenado pelo Núcleo Provincial, mas também temos outros setores como a Educação, Segurança, Agricultura que de forma indireta acabam participando no processo”

Contudo observam que há uma dificuldade de coordenação entre os diferentes atores envolvidos neste processo ao nível provincial:

SC – fórum: “há algum desencontro ...a coordenação ainda não é a desejada entre os diferentes atores envolvidos na produção e na coordenação da resposta”

Entre os dezanove entrevistados, seis referem que há o envolvimento do setor privado na resposta ao HIV a nível da província, embora não saibam exatamente como esse processo de coordenação ocorre:

NP – DPEC: “se é que eles não fazem deviam o fazer por forma a controlar o seu os seus recursos humanos...se temos um grupo de pessoas doentes a produção a produtividade baixa, então, é preciso controlar a isto por forma que não aconteçam essas situações de baixar a produção”.

Ainda no nível provincial, treze dos dezanove entrevistados referem que há um grande envolvimento dos vários segmentos da sociedade civil, que incluem organizações não-governamentais internacionais, nacionais e de base comunitárias, mesmo considerando suas limitações:

SC – OCB: “em princípio, são as organizações da sociedade civil ... há organizações da sociedade civil que de acordo com a própria a sua ação, está mais envolvido por exemplo, ah as associações dos idosos...tá a focar muito embora tenham limitações, principalmente de fundo orçamentário”

Entretanto alguns entrevistados evidenciam que há setores públicos estratégicos do nível provincial que deveriam estar mais envolvidos, e que na sua opinião não estão, assim como o setor privado tem tido uma fraca resposta:

NC – AB: “quem não está muito envolvido na resposta, na verdade é o setor público. ...O setor público tem tido muitas poucas acções”

Nível distrital

Já a nível distrital, entrevistados relatam que o envolvimento do setor público está circunscrita apenas aos serviços que fazem parte da Comissão Distrital de Combate ao SIDA:

ND - ponto focal: “eu acho que quem está pouco envolvido são outros serviços lá no distrito...se esta resposta fosse estendida para outros serviços da polícia, da agricultura, atividades económica e tal eu acho que seria mais integrado”

Entretanto todos os entrevistados são unânimes em relação ao grande envolvimento da sociedade civil:

ND - ponto focal: “Organizações da Sociedade Civil que, é a maior parte daqueles que dão o seu esforço, OCBs, ONGs que trabalham para este assunto”

Contudo observa-se nos discursos, a falta de envolvimento de entidades que tem muita influência na comunidade, como as lideranças comunitárias e médicos tradicionais:

NP – NPC: “neste grupo todo que está aqui né que representam, que participam ativamente na resposta a presença do líder comunitário não se nota”

5.3.3 Envolvimento (compromisso) dos técnicos no projeto

Quando questionados sobre os fatores que influenciaram o envolvimento dos técnicos no projeto de fortalecimento de capacidades, os entrevistados identificaram motivações e constrangimentos para as categorias provincial e distrital. As motivações estava ligadas ao do crescimento pessoal e institucional e os constrangimentos variaram de acordo com o nível, conforme mostra o quadro 15 a seguir:

Quadro 15: Envolvimento dos técnicos no projeto – categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1	Subcategoria 2
Nível provincial	Motivação	Crescimento pessoal
		Institucional
		Liderança
Nível distrital	Constrangimento	Contexto externo
	Motivação	Crescimento pessoal
		Institucional
	Constrangimento	Falta de um estatuto orgânico
		Financeiro

Nível provincial

A motivação mais referida pelos entrevistados, para o envolvimento dos técnicos do nível provincial, foi no âmbito do crescimento pessoal pela aquisição do conhecimento por meio das capacitações, seguido da motivação institucional devido à melhoria na gestão interna e boas condições de trabalho:

NP – NPC: “já tive uma formação na área de planificação e monitoria para resposta do HIV, então isso me ajudou quer dizer eu tive uma um apoio que me

fortaleceu e que agora estou a implementar...melhorei muito na avaliação dos subprojetos. Há aspetos que eu não dava mais importância como os indicadores as metas, né então isso me ajudou muito”

Mas alguns dos entrevistados referiram também que o envolvimento dos técnicos foi motivado pelo envolvimento da liderança no processo:

NC – CNCS: “Os próprios administradores também estiveram envolvidos e isso de certa forma alavancou aquilo que é a disponibilidade dos técnicos dos demais setores para poderem trabalhar nesta componente”

Como constrangimento para um maior envolvimento dos técnicos, os entrevistados identificaram fatores relacionados ao contexto externo como ocorrência de eleições e consequente mudança de dirigentes:

SC – fórum: “houve a deslocação de governantes de um ponto a outro... essas pessoas foram tendo outras agendas, outras percepções... foi o grande responsável pelos resultados não diria maus, mas pelo fraco envolvimento e actuação dos governantes locais”

Nível distrital

Em relação à motivação para aos pontos focais distritais se envolverem no projeto, os entrevistados enfatizaram o crescimento pessoal por meio das capacitações:

ND - ponto focal: “eu tive uma capacidade exaustiva, não só capacitação e apoio técnico e me fortaleceu aquilo que era as minhas capacidades para resposta do HIV”

Foi referido também que a capacitação dentro e fora do país, impôs maiores exigências elevando o critério de atuação dos técnicos e pontos focais, com repercussão na motivação do ponto de vista institucional:

SC – fórum: “a formação dos pontos focais distritais, e dentro e fora do país, aqueles encontros foram sempre organizados, acabaram colocando uma maior cota de exigências, elevando os critérios da atuação também do Núcleo Provincial e dos pontos focais”

Entretanto os entrevistados verificaram importantes constrangimentos ao nível distrital, para que os pontos focais tivessem uma atuação efetiva na resposta. Apontaram sobretudo a falta de um estatuto orgânico para melhor definição das funções do ponto focal e da comissão distrital além das limitações financeiras para a realização das atividades e melhor desempenho na resposta local:

ND - ponto focal: “não encontrava muito tempo para se dedicar as acções da resposta como ponto focal, porque era chamado para outras missões...ainda temos problema de um instrumento mais forte e determinante que proteja o ponto focal para desenvolver as atividades como um profissional desenvolve a sua carreira, o ponto focal não é uma carreira profissional”

5.3.4 Estratégia de coordenação

Em relação à estratégia de coordenação do NPCCS conduzidas durante a vigência do projeto, os entrevistados referem que houve maior abrangência de parceiros, de complementaridade das ações, de ações coordenadas e uma melhor comunicação. Alguns referiram que houve resultados, outros já assumem que não, que é cedo para ter resultados e discorrem sobre a influência que o projeto trouxe sobre os resultados e dão sugestões para a melhoria do componente coordenação, conforme evidenciado no Quadro 16 abaixo:

Quadro 16: Estratégia de coordenação – categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1
Impressões positivas	Ações coordenadas
	Melhor comunicação externa
	Maior abrangência de parceiros
	Complementaridade das ações
Desafios e sugestões para melhoria	Maior envolvimento dos dirigentes e lideranças
	Papel e compromisso dos atores
	Autonomia sobre os recursos
	Imposição de agenda por parte de parceiros
	Comunicação interna e externa deficiente

Impressões positivas

Entre as impressões positivas, o aspeto mais enfatizado entre 11 dos 19 entrevistados foi da existência de ações coordenadas nos vários níveis:

NC – CNCS: “o processo de coordenação que aconteceu na Província de Gaza facilitou que esses setores que não estão muito envolvidos tivessem um pouco mais de visibilidade...o núcleo provincial com o apoio deste projeto conseguiu reunir na mesma mesa vários atores”

Oito entre 19 entrevistados afirmaram que houve uma melhoria na comunicação externa, mostrando que este era um componente critico a ser trabalhado no âmbito da coordenação da resposta:

ND – administrador: “as informações já agora fluem normalmente não há constrangimento com relação à comunicação mesmo com relação do da comissão distrital, com as organizações...quando convocamos reuniões com os parceiros e organizações comunitárias de base, aparecem em grande número”

Outro ponto positivo que os entrevistados levantaram foi no sentido de haver uma maior abrangência de parceiros de setores diversos, aglutinando esforços que antes não estavam tão presentes, num esforço de complementaridade das ações evitando duplicidade de ações, conforme pode ser observado nos discursos a seguir:

NC – CNCS: “Esta capacidade, esta possibilidade que o projeto teve de por a mesma mesa os vários atores da sociedade civil, do setor público do setor privado para planificar garantir que de facto nós fossemos focalizar de uma forma sistematizada aquilo que são os problemas da Província de Gaza no âmbito do HIV e isso também foi um ganho que nós tivemos”

Desafios e sugestões para melhoria

Entretanto, vários foram os desafios apontados pelos entrevistados neste aspeto. O desafio mais importante relatado pelos entrevistados, incide justamente num maior envolvimento das lideranças, onde a capacitação dos líderes, a apropriação do tema pelos setores e a monitoria das atividades no terreno faz-se premente:

ND - ponto focal: “seria importante, que se apostasse nas lideranças também, os nossos dirigentes precisam ter uma formação, capacitação para que também melhorem a sua abordagem quando estão com a população ou com as comunidades, nesta matéria da resposta ao HIV/SIDA”

Outros desafios destacados e que merecem atenção estão relacionados ao papel e compromisso dos atores para uma efetiva resposta, a falta de autonomia tanto do NPCCS quanto das CDCS sobre os recursos financeiros, a imposição de agenda por parte de parceiros que estabelecem as suas próprias metas, sem considerar com o contexto nacional, e os problemas de comunicação interna e entre parceiros respetivamente:

NP – DPEC: “Seriiedade no envolvimento nas atividades... uma reunião política, mas misturado com componentes técnicas de mais-valia em que as decisões que são tomadas lá, poderiam ser traduzidas em matrizes e serem seguidas periódica e sistematicamente.”

SC – ONG: “o Núcleo Provincial deve ter, vamos lá autonomia sobre os orçamentos, porque nós sentimos que quando estamos nas reuniões há sempre uma insatisfação sobre orçamento... há muita limitação dentro do orçamento”

NP – DPS: “ vejo com preocupação em Gaza as ONG’s que aqui estão, começam a não se preocupar muito com as acções de coordenação do núcleo, centralizando apenas na unidade sanitária”

NP – NPCS: “algumas coisas deviam ser melhoradas sim...de uma forma geral é a comunicação... os relatórios produzidos assim como o retorno, o feedback das informações penso que ainda somos um pouco lentos nesse aspeto”

5.3.5 Estratégia de descentralização

Em relação á estratégia de descentralização, os entrevistados identificaram categorias relacionadas aos recursos humanos, à capacidade técnica a nível do distrito, o envolvimento das lideranças no processo e alguns desafios concernentes à estratégia, de acordo com o quadro 17 a seguir:

Quadro 17: Estratégia de descentralização - categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3
Recursos humanos	Existência e disponibilidade dos pontos focais		
	Motivação dos pontos focais		
	Constrangimentos	Pouca disponibilidade	Percentual de dedicação
			Não ter equipa de trabalho
			Alta mobilidade
		Enquadramento legal	
Capacidade técnica no distrito	Maior autonomia técnica do ponto focal		
	Melhor coordenação local		
Desafios	Apropriação das lideranças locais		
	Alocação de fundos específicos para o HIV		
	Melhorar as competências dos pontos focais		
	Descentralização efetiva com planificação local		

Recursos humanos

Em relação à categoria recursos humanos, os entrevistados ressaltaram a importância de existir um ponto focal e sua disponibilidade para o desempenho das funções. Observaram que houve uma motivação dos pontos focais no processo de descentralização devido aos incentivos como capacitações e alocação de meios de trabalho:

NC – CNCS: “colocação de alguém ao nível do distrito para cuidar dessas matérias, esse é o primeiro aspeto, e é bom que seja uma pessoa pago pelo estado

moçambicano porque sob o ponto de vista de sustentabilidade garantirmos que a matéria está lá, é um bom investimento”

NC – AB: “A entrega de meios, equipamentos, isso ajudou motivá-los. Você tem um ponto focal que tem meios, motivado a trabalhar, porque o projeto deixou capacidades, não só capacidades técnicas, mas também capacidades de saber estar”

Em contrapartida, os constrangimentos relacionados aos recursos humanos referidos pelos entrevistados e que fazem com que a resposta seja não efetiva, incidem no reduzido tempo de dedicação do ponto focal na função, a falta de uma equipa para dividir as tarefas e a alta mobilidade deste profissional no sistema:

NC – CNCS: “os pontos focais em alguns distritos não tem o seu trabalho apenas como ponto focal virado para o HIV/SIDA. Tem um outro trabalho né, entretanto vem de uma instituição dá metade do tempo à instituição dá metade do tempo à componente SIDA”

NP – NPCCS: “mas ele por si só ele tem que ser um Administrativo, um Gestor para resposta, área Programática, um financeiro, então cria barreiras...todo o exercício ele está sozinho”

ND - ponto focal: “a maioria dos distritos mudaram seus pontos focais...então isto de certa maneira vai prejudicar aquilo que são as atividades de monitoria das atividades da comissão distrital”

Adicionalmente, queixam-se de que a falta do enquadramento legal da comissão distrital dentro da estrutura orgânica do Estado é um fator que contribui negativamente para a descentralização da resposta:

NP – NPCCS: “o grande problema é a própria organigrama do Conselho Nacional, que não desce até ao Distrito termina no Núcleo...Então é uma descentralização parcial, porque temos o nosso ponto focal que nos ajuda mas que em termos legais, não existe”

Capacidade técnica do distrito

Em relação à capacidade técnica do distrito, os entrevistados referiram que houve maior autonomia técnica do ponto focal e melhoria na coordenação local:

ND - ponto focal: “a comissão consegue olhar para aquilo que é, que são as necessidades do distrito e poder elaborar um plano de ação pra dar resposta, às solicitações do distrito. Não é agora um consumidor digamos que está a espera de receber as orientações do Núcleo Provincial, mas por si própria a comissão consegue planificar atividades para dar resposta ao HIV”

Desafios

Entretanto inúmeros são os desafios a serem enfrentados para a melhoria da estratégia de descentralização e que foram apontados pelos entrevistados como: necessidade de apropriação das lideranças locais, alocação de fundos específicos para o HIV, melhoria nas competências e condições dos pontos focais e a descentralização efetiva com planificação local.

NP – DPS: “o resto é de facto que os Administradores, os Secretários Permanentes percebiam e assumam o papel importante que desempenham nessa questão da coordenação da resposta do HIV”

ND - ponto focal: “este plano que nós fizemos, que possivelmente podia entrar no programa quinquenal do Governo para o programa do HIV isto não está a acontecer, então de certa maneira nós possivelmente podemos ter dificuldade de fundo para implementar algumas atividades”

SC – ONG: “as competências de que se exige um ponto focal, quantos Pontos Focais são necessários pra um distrito... Como está o apetrechamento em termos de recurso, começando pela internet com própria comunicação com seus gestores ao nível central”

NP – NPC: “minha opinião era que os planos saíssem dos distritos para o Núcleo, e penso que neste caso aí teríamos os planos que respondem exatamente pelas necessidades de cada distrito”

5.3.6 Estratégia de comunicação

Em relação à estratégia de comunicação foram encontradas as seguintes categorias nos discursos dos entrevistados: dinamização do grupo técnico de comunicação, partilha de informação, envolvimento dos meios de comunicação, desenvolvimento de material local e específico assim como os desafios e sugestões para melhoria deste componente conforme mostra o quadro 18.

Quadro 18: Estratégia de comunicação - categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1	Subcategoria 2
Partilha de informação	Boletim Tiwoneli	
	Outros meios	
Dinamização do grupo técnico de comunicação		
Envolvimento dos meios de comunicação		
Outros meios de veiculação da mensagem	Autocolantes	
	Painéis gigantes	
	Concurso de canto e dança nas escolas	
Produção local de mensagens		
Desafios	Alcance da comunidade	Questão geográfica
		Língua e costumes

Capacitação da média
Envolvimento da liderança
Aumento da disponibilidade de materiais
Coordenação com parceiros que trabalham com comunicação

Partilha de informação

A categoria partilha da informação por meio do boletim Tiwoneli e outros meios foi referido por 12 entre 19 entrevistados, trazendo uma ênfase neste aspeto de que a estratégia foi extremamente positiva não só para a divulgação das atividades da resposta ao HIV/SIDA na Província de Gaza, mas também porque tinha um carácter educativo:

ND - ponto focal: “o “Jornal Tiwoneli”, que se dedicou muito mais a divulgar as acções da resposta que iam acontecendo ao nível da Província, naquele período. E foi muito salutar porque, isto foi mostrando aquilo que no concreto estava acontecer... pra além de um carácter educativo, também ganhou um carácter informativo”

Dinamização do grupo técnico de comunicação

A dinamização do grupo técnico de comunicação foi referida pelos participantes das entrevistas como uma tática que traduziu-se em ações visíveis dentro da estratégia de comunicação:

SC – ONG: “o grupo técnico foi mais dinamizado também pelo projeto, embora houvesse alguns projetos também a trabalhar essa área, mas deu mais força e também acho que deu pra trazer nova abordagem do próprio grupo técnico”

Envolvimento dos meios de comunicação

A dinamização do grupo técnico promoveu também um maior envolvimento dos meios de comunicação:

NP – DPEC: “TVM produziu programas, a radio Moçambique produziu programas, a radio Xai Xai produziu programas. Ao nível dos distritos também tivemos rádios comunitárias que produziram programas para difusão de informação”

Outros meios de veiculação da mensagem

Os participantes referiram também que outros meios de veiculação das mensagens, como os autocolantes nos transportes públicos, os painéis gigantes nas estradas e concurso de canto e dança nas escolas que dinamizaram a estratégia de comunicação na Província:

NP – NPCS: “Vimos nos minibus ainda tem autocolantes que ainda chama atenção sobre PTV”

NP – NPCS: “ao longo dos corredores vi os outdoors que fala sobre os PTV, e fala sobre preservativos, até preservativos feminino, coisa rara que é difícil de se falar preservativos de femininos mas com o apoio da JICA, temos esse material”

ND - ponto focal: “foi notório também a questão dos concursos de canto e dança ao nível de ensino que também contribuiu para uma comunicação para mudança de comportamento no seio dos adolescentes e jovens”

Produção local de mensagens

Foi enfatizado também pelos entrevistados, a importância da produção de mensagens feito localmente:

SC – ONG: “a produção do material pra o primeiro de dezembro seria feito na província com mensagens mesmo desenhadas a nível da Província, então isso foi um ganho muito grande”

Desafios

Não obstante, aqui também são referidos os vários desafios a serem enfrentados no componente de comunicação. Primeiramente no concernente ao alcance da comunidade em termos geográficos e culturais:

NP – NPCS: “atendendo as dimensões territoriais que os nossos distritos compõem, não sinto que a estratégia que foi usada tenha abrangido realmente todo o espaço geográfico de cada distrito”

NC – CNCS: “nós temos feito sim sensibilização mas ninguém acata, ninguém ouve, porque você chega lá fala numa língua que não é eventualmente a língua deles”

Os demais desafios levantados estão relacionados à necessidade de capacitação contínua da média, maior envolvimento das lideranças nas estratégias de comunicação,

maior disponibilidade de materiais para as ações de prevenção e melhor coordenação do NPCS com parceiros que trabalham na área de comunicação.

NP – NPCS: “o grupo técnico de comunicação maior parte deles são media, então eles precisam de conhecer a matéria para depois fazer a entrevista, ou, além de fazer a entrevista, produzir informação sobre o HIV...”

NP – DPS: “Palestras locais...aquelas mesmas em que envolvemos líderes comunitários, chama a comunidade”

ND – administrador: “temos muito pouco material, penso que aí está a nossa fraqueza...pequenos panfletos com linguagem local é coisa que não cansam pra pessoas verem”

SC – ONG: “o Núcleo, pode fazer com organizações que estão na área de comunicação, mas não estão...acho que tinha que trabalhar muito com as organizações que estão na área de comunicação para ver o que é que se pode fazer”

5.3.7 Habilidades e postura

Quando perguntado aos entrevistados, que tipo de habilidades e posturas que os técnicos do NPCS e pontos focais deveriam ter para uma efetiva coordenação da resposta, os participantes identificaram as seguintes categorias: conhecimento, habilidades interpessoais, correspondência às expectativas dos entrevistados e os desafios relacionados ao tema que pode ser verificado no quadro 19, abaixo.

Quadro 19: Habilidades e postura – categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1
Conhecimento	Técnico e serviços
	Legislação
	Língua local
Habilidades interpessoais	Capacidade de escuta e comunicação
	Disponibilidade/abertura
	Comprometimento
Correspondência às expectativas	Técnicos do NPCS
	Pontos focais

Conhecimento (*hard skills*)

Em relação à categoria conhecimento que os técnicos e pontos focais deveriam ter para uma efetiva resposta, os discursos dos entrevistados giraram em torno da necessidade de conhecimento técnico, legislação e domínio da língua local:

NC – CNCS: “tem de dominar os dados de prevalência, um pouco de informação epidemiológica é fundamental... Donde é que vem essas pessoas, quais são as suas

idades, onde é que estão a incidir mais, porque é que os mais velhos não vão, qual quais são as habilidades do conselheiro, é extremamente importante”

NC – CNCS: “Estou no local de trabalho, estou a ser discriminado, o que eu faço. Estou na família, e estou a ser espoliada de meus bens e acusada de que eu trouxe um problema no seio familiar, meu marido morreu, tenho crianças por atender e estou a ser expulsa, onde é que eu vou, o que é que eu faço, isso é papel do núcleo provincial, saber encaminhar as pessoas”

NP – DPS: “questão da língua, porque só falando português lá na comunidade não somos felizes, infelizmente né.”

Habilidades pessoais (*soft skills*)

Já em relação às habilidades pessoais, os entrevistados focaram-se características como: a capacidade de escuta, disponibilidade e abertura, compromisso e boa comunicação com os dirigentes, respetivamente:

NC – CNCS: “às vezes o setor vem lá, tem uma necessidade ou eu não estou aberto, ou eu não estou disponível ou eu não tenho capacidade. Isso de certa forma vai afastando aquilo que são os nossos parceiros”

SC – ONG: “sentir que essa é responsabilidade minha, que se eu não fizer, ninguém mais vai fazer e logo nós não vamos cumprir com o plano, e isso não é bom para a instituição”

NP – DPS: “a equipa do Núcleo leva uma questão primeiro para Governador e depois daí nós sabemos pelo Governador. Varias vezes, eu tinha que fingir que já tinha conhecimento da situação só para não deixar transparecer para Governador que aqui há uma descoordenação”

Correspondência às expectativas

Quando inquiridos se os técnicos do NPCCS e os pontos focais tinham os conhecimentos e habilidades descritos por eles, e se correspondiam às suas expectativas, os discursos dos entrevistados ficaram divididos. Em relação aos técnicos do NPCCS, 9 entrevistados responderam que os técnicos correspondiam às suas expectativas, 7 disseram que nem todos os técnicos correspondiam às suas expectativas e não possuíam os conhecimentos e habilidades necessários e 3 ficaram na dúvida e não sabiam exatamente se correspondiam ou não às expectativas:

ND - ponto focal: “eu acho que sim...esses técnicos estão preparados, ... cada um sabe o que tem que fazer e como tem que fazer”

SC – ONG: “Sim e não porque temos alguns que se esforçam, porque estão mais preparados mas são muito poucos. Então nós gostaríamos de ter técnicos preparados pra dar resposta, pra apoiar os distritos em número suficiente”

Em relação aos pontos focais, 6 entrevistados referiram que os pontos focais correspondem às expectativas e tinham os conhecimentos e habilidades esperadas, entretanto na reflexão de outros, os pontos focais deixam a desejar, conforme pode ser observado nos seguintes discursos:

ND – administrador: “ele sente já os problemas de coordenação do HIV/SIDA, ele vive isso, encarna isso. Não está como antes era, “vou fazer porque mandaram-me”, mas agora sente qualquer coisa que esteja ligado, ele assume e toma dianteira até dá algum conselho a nós, dirigentes”

SC – fórum: “não tem capacidade não tem habilidade, pra poder, porque esta área social é uma área sensível,...que não é qualquer pessoa que pode trabalhar nesta área...é preciso uma pessoa comprometida, uma pessoa honesta, uma pessoa generosa, a pessoa que tem fé a pessoa solidária”

5.3.8 Boas práticas do projeto

Quando perguntados se conseguiam identificar boas práticas provenientes do projeto, os entrevistados referiram algumas boas práticas nas seguintes categorias: capacitação, coordenação, comunicação, descentralização e discutem os motivos que levaram a crer que eram boas práticas, conforme mostra o quadro 20, a seguir:

Quadro 20: Boas práticas do projeto – categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1
Capacitação	Planificação estratégica
	Educação de pares
Coordenação	Coordenação multisetorial e trabalho em equipe
	Gestão de preservativos
	Encontros sistemáticos de coordenação
	Grupos técnicos
Comunicação	Revitalização do jornal
	Produção local de materiais
	Concurso de escolas
Descentralização	
Capacitação	

No concernente à categoria capacitação, as boas prática mencionadas pelos entrevistados foram a capacitação em planificação estratégica e a capacitação por pares:

SC – ONG: “yah, eu acho que neste caso até seria pra compartilhar com as outras Províncias... aquele processo de capacitação dos pontos focais em na área de planificação estratégica, na área de monitoria, eu acho que seria muito bom”

NC – AB: “Um ponto focal que é dinâmico, que é mais experto, ensina aos outros a superar as lacunas, é formador dos outros, isso é muito bom. JICA trouxe, uma abordagem uma metodologia de educação de pares, entre eles os pontos focais que foi uma coisa fenomenal”

Coordenação

No âmbito da coordenação, os entrevistados apontaram quatro subcategorias de boas práticas: a coordenação multissetorial e trabalho em equipe, gestão de preservativos nos diversos níveis, encontros sistemáticos de coordenação e grupos técnicos.

SC – ONG: “eu penso que uma boa prática tem haver com, primeiro, a coordenação multissetorial das atividades... fundamentalmente a existência de um plano ou promoção de planos de trabalho a nível da província, ao nível dos distritos, ao nível até das localidades.”

ND - ponto focal: “há um exercício que foi feito no momento do projeto, que foi promover workshops de gestão do preservativo ... nesse momento conseguimos juntar todos aqueles que estão envolvidos na gestão de preservativos e coordenar mecanismos de sabermos ate que ponto precisarmos de mais preservativos até que ponto o preservativo não estava a ser controlado”

SC – ONG: “acho que os grupos técnicos, por exemplo vi aquela parte do grupo técnico de preservativo. Eu acho que, trouxe uma dinâmica a nível da província, não só no Núcleo Provincial porque depois envolveu também o depósito de medicamentos”

Comunicação

As boas práticas identificadas no componente comunicação foram relacionadas à: revitalização do jornal, produção local de materiais e concurso de escolas.

NC – CNCS: “A Província de Gaza tem um jornal que foi revitalizado trazendo informação bastante positiva ou bastante portanto útil para os utentes, isso foi bastante bom”

NP – DPEC: “nós idealizamos, acho que, material IEC dentro das nossas realidades como comunidade.”

ND - ponto focal: “foi notório também a questão dos concursos de canto e dança ao nível de ensino que também contribuiu para uma comunicação para mudança de comportamento no seio dos adolescentes e jovens”

Descentralização

No que concerne à descentralização, a boa prática neste componente foi identificado como a capacidade de coordenação e autonomia das comissões distritais:

SC – fórum: “parceiros internacionais, eles prestam contas diretamente ao ponto focal ou a comissão distrital, das atividades todas as atividades que são desenvolvidas pelo distrito...Significa coordenação lá, começa a partir do distrito”

5.3.9 Sustentabilidade

Em relação ao tema sustentabilidade, os entrevistados abordaram a existência de três diferentes tipos de sustentabilidade e os desafios que influenciariam o NPCS e as CDCS a continuarem com as ações desenvolvidas no âmbito do projeto. A sustentabilidade técnica, política e financeira, conforme ilustrado no quadro 21 abaixo:

Quadro 21: Sustentabilidade – categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1
Técnica	Existe
	Desafios
Financeira	Existe
	Não existe
	Desafios
Política	Existe
	Não existe
	Desafios
Estratégias para continuar com as ações	

Sustentabilidade técnica

Os entrevistados referem que existe uma sustentabilidade técnica que está baseada no conhecimento adquirido e que permitirá a continuidade das ações mesmo em situação de exiguidade de recursos. Entretanto, alguns ponderam que há desafios nesta área, principalmente se o recurso humano treinado for deslocado para outros setores:

ND - ponto focal: “o conhecimento que o Ponto Focal teve em matérias de planificação estratégica, em matérias de monitoria e avaliação e outros temas nós continuamos a fazer o trabalho de chamar os parceiros pra fazermos uma planificação conjunta, a comissão consegue junto dos parceiros elaborar um plano de atividades, e aqui está a sustentabilidade”

NC – CNCS: “É certo que a pessoa continua no país, mas não continua a fazer as mesmas coisas, então não podemos falar de sustentabilidade...Pois, não sai fora do país mas não tá a fazer aquilo pra cujo investimento foi-lhe garantido.”

Sustentabilidade financeira

Em relação à sustentabilidade financeira, alguns entrevistados apontaram que esta possibilidade existe, desde que haja planificação no âmbito do governo com a devida apropriação por parte dos dirigentes:

NC – AB: “no Plano Económico e Social do distrito, o administrador tem que ser o primeiro a defender que as acções estratégicas e operacionais de HIV/SIDA estejam nos planos setoriais de todos os setores, incluindo o setor comunitário e terciário que beneficia dos serviços desse setor...esse é o grande e principal calcanhar de Aquiles, porque.. para facilitar a coordenação da resposta você precisa ter recursos”

Sustentabilidade política

Já em relação à sustentabilidade política para a continuidade das ações, embora alguns entrevistados afirmem que existe um compromisso do governo de dar continuidade no trabalho, há a necessidade de resolver questões estruturais relacionadas ao estatuto orgânico do CNCS e a desconcentração do orçamento para a Província:

SC – OCB: “logo que o governo ratifica alguma coisa, já tem o compromisso e então, com esse compromisso que o próprio governo tem significa que o Núcleo deve se manter e fazer o trabalho”

NC – CNCS: “nós somos uma instituição híbrida, uma instituição gerida pelo direito público e pelo direito privado. Então, não estando completa esta vinculação do estado ao estado, há determinados privilégios como é o caso do crescimento em carreiras profissionais, como é o caso da reforma, que ainda não está plenamente garantido a todos”

Estratégia para continuar com as ações

Desta maneira, para a continuidade das ações tanto a nível provincial quanto distrital, os entrevistados propuseram a integração das atividades de combate ao HIV/SIDA no âmbito da planificação do governo por meio dos Planos Económicos e Sociais da Província e do Distrito (PES/PESOD), aliado ao envolvimento constante das lideranças:

ND – administrador: “eu estando aqui como já estou comprometido já venho trabalhando, pode não ser problema porque vamos dar continuidade, mas imagine que eu seja movimentado vem outro dirigente, pode não ter a mesma sensibilidade ...precisa a capacitação permanente tem que continuar para os dirigentes que

tomam decisões de forma a dar seguimento àquilo que são as propostas dos pontos focais”

5.3.10 Contribuição de projetos bilaterais

Quando interrogados quanto ao tipo de contribuição que os projetos bilaterais desta natureza possam trazer para o país, os entrevistados identificaram aspetos positivos, negativos e deram sugestões de melhoria para projetos futuros conforme pode ser verificado no quadro 22 a seguir:

Quadro 22: Contribuição de projetos bilaterais: categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1
Aspetos positivos	Intercâmbio e troca de sinergias
	Aprendizagem
	Criação de capacidade institucional
	Ajuda financeira e de materiais
	Criação de demanda
Aspetos negativos	Contribuições pontuais
	Acomodação do governo
Sugestões para melhoria	Alargar a estratégia
	Indução da apropriação

Aspetos positivos

Os aspetos positivos da contribuição dos projetos bilaterais foram apontados pelos entrevistados como sendo: intercâmbio e troca de sinergias, aprendizagem, criação de capacidade institucional, ajuda financeira e de materiais e criação de demanda.

SC – fórum: “foi por causa da troca de experiência que houve fora do país não é, foram ver o que era uma coordenação, como é que as coisas devem funcionar, para conseguirmos portanto ultrapassar os problemas que nós temos”

ND - ponto focal: “Esses projetos capacitam as pessoas, deixam meios, quer dizer ainda que os projetos terminem as pessoas continuam, o conhecimento vai ser replicado e isso traz mais-valia pra o nosso país”

NP – NPC: “ajuda externa é muito importante para o desenvolvimento em algumas atividades, uma vez que nós no somos muito fraco economicamente”

Aspetos negativos

A despeito de tantos aspetos positivos que os projetos de cooperação trazem para o país, os entrevistados referem que há a uma certa acomodação do governo em não

assumir a estratégia como sua, levando a um menor aporte de recursos para as atividades de combate ao HIV/SIDA, assim como para retenção de recursos humanos:

NP – NPC: “o orçamento do estado, para o componente do HIV é muito reduzido...na realidade o Estado só funciona mesmo com esses pequenos projetos, com os Projetos, Cooperação Alemã, JICA, OMS são os projetos que mais, apoiam...sobre tudo na parte financeira porque, o nosso orçamento do estado é bastante, fraco”

SC – fórum: “quando termina o projeto, então as pessoas também terminam o contrato e saem, então a Instituição continua a ser aquilo que era antes do projeto”

Sugestões para melhoria

Para a melhoria dos projetos de cooperação bilateral, as sugestões feitas pelos entrevistados estão em torno de alargar a estratégia no sentido de ser mais abrangente, com prazos mais alargados e com mais financiamento:

NC – CNCS: “o desafio é garantir de facto que esses apoios não sejam tão pontuais como estão sendo neste momento, que não seja apenas uma província ou que não seja na província alguns distritos... a Província de Gaza de facto é a mais afetada, mas não é a única”

SC – ONG: “Eu ia convidar aos parceiros internacionais, no lugar de retirar os financiamentos provavelmente estar a reforçar os financiamentos...se queremos mudar o rumo da epidemia temos que criar capacidades, temos que fazer trabalhos de monitoria e avaliação de qualidade e a qualidade custa dinheiro.”

Os parceiros bilaterais fizeram uma importante reflexão, no sentido de não criar uma dependência técnica externa mas de proporcionar uma transferência de conhecimento que induza à apropriação local:

NC – AB: “os nossos projetos de intervenção tem de funcionar como que de coaching se tratasse. Deixar que a intervenção seja conduzida mais por eles e nós irmos limando, irmos direccionando e que acima de tudo, sejam projetos de médio, longo termo, de tipo cinco anos”

Grupos focais:

Os resultados apresentados procuram compreender os efeitos que a epidemia do HIV/SIDA produz a nível de família, comunidade e país. Procuram também identificar, como a comunidade, governo e parceiros de implementação tem atuado para prevenir, reduzir o impacto e mitigar as consequências da doença na Província de Gaza.

Para cada um dos grupos foi atribuído um código, de maneira a facilitar a identificação dos discursos (quadro 23).

Quadro 23: Caracterização dos grupos focais por distrito, tipo e grupo e sexo

Distrito	Tipo de grupo focal	Código	Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Chokwe	Homens da comunidade	ChH	10	0	10
Chokwe	Mulheres da comunidade	ChM	0	8	8
Chokwe	Sociedade civil	ChSC	3	7	10
Chokwe	Lideranças comunitárias	ChL	9	1	10
Cidade de Xai Xai	Homens da comunidade	XXH	7	0	7
Cidade de Xai Xai	Mulheres da comunidade	XXM	0	9	9
Cidade de Xai Xai	Sociedade civil	XXSC	3	4	7
Cidade de Xai Xai	Lideranças comunitárias	XXL	11	0	11
Total			43	29	72

Os discursos proveniente dos 72 participantes foram organizados em temas e categorias conforme ilustrado no quadro 24, e a análise das categorias por nível de análise permitiu identificar a existência de padrões divergentes e convergentes (Bardin, 2008).

Quadro 24: Temas e categorias dos grupos focais

Tema	Categoria
Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade	Noção de risco
	Vulnerabilidade
	Estigma e discriminação
	Fatores económicos
	Morte
	Como identificam os problemas
	Como resolvem os problemas
Atividades na comunidade	Realizadas pela sociedade civil
	Realizadas pelas lideranças
	Realizadas pelo Governo
Papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA	Escolha das atividades relevantes
	Participação do homem
	Participação da mulher
	Como envolver mais a população
Papel da liderança na resposta ao HIV/SIDA	Coordenação das atividades no terreno com as organizações
	Ações voltadas à comunidade
	Formação para as lideranças em temas relacionados ao HIV/SIDA
Papel da sociedade civil na resposta ao HIV/SIDA	Ações coordenadas
	Educação e informação
	Atenção e cuidado
	Estrutural
	Desafios encontrados no terreno
Papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA	Coordenação
	Promoção e prestação de serviços
	Formação
	Desafios
Informação sobre HIV/SIDA	Meios mais comuns que a população recebe informação sobre HIV
	Melhor meio de levar a informação
	Disponibilidade de materiais
	Percepção geral da comunidade sobre a informação

Mensagens importantes para a comunidade

Temas que o grupo tem conhecimento

Desafios

5.3.11 Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade

Quando questionados sobre os principais problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade, os participantes trouxeram uma gama de questões nas mais variadas esferas. Desta maneira foi possível identificar as seguintes categorias: noção de risco, vulnerabilidade, estigma e discriminação, fatores económicos, morte, como identificam os problemas e como os resolvem. Devido à riqueza dos detalhes, as categorias derivaram em três subcategorias (quadro 25), e os resultados deste tema estão descritos por subcategorias para poder explorar melhor cada um deles.

Quadro 25: Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade - noção de risco e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3
Noção de risco	Aspeto Cultural	Kutxinga	Perpetuação da prática
			Cariz económico
			Mudança nas práticas
		Outras práticas tradicionais	Busca pelo curandeiro
			Tratamento com raízes
			Uso de materiais cortantes e sangue fresco
			Perceção e mudança nas práticas tradicionais
		Crenças e mitos	Feitiço
			Confusão com tuberculose
			Pensa que está curado
		Poligamia	
	Comportamental	Drogas e alcoolismo	Uso excessivo na camada jovem
			Influência dos pais
		Fraco uso do preservativo	Falta do insumo
			Recusa na utilização
			Desafios relacionados à mudança comportamental
		Prostituição	
		Contaminação propositada	
	Fracá adesão	Aos serviços	Homem
			Baixa qualidade do serviço
			Distância
		Ao tratamento	Efeitos colaterais dos medicamentos
			Fome
			Longo período de tratamento
			Busca de trabalho na África do Sul
			Abandono
	Sangue e material contaminado	Sangue contaminado	
		Materiais contaminados	

Noção de risco

Os grupos demonstraram ter bastante noção do risco associado ao HIV, e o aspeto cultural foi uma questão recorrente e bastante enfatizada. No âmbito cultural, a kutxinga¹⁷, foi citada em 7 dos 8 grupos. Constatou-se como uma prática quase obrigatória no seio das famílias, seja para manter a viúva na família, pela vulnerabilidade económica daquele que vai praticar o ato ou pelo interesse económico nos bens do falecido. Na inexistência de uma pessoa da família ou recusa da viúva em realizar o ato com um familiar, recorre-se a um profissional pago para a cerimónia:

XXL: “se eu morro, sou chefe de casa, o meu irmão mais novo, tem que ficar com minha esposa, eh, não pode deixar a mulher do mano sair daqui de casa. Mas ele não sabe como, qual é a doença que me levou, então ele também é atingido, é a kutxinga, kutxinga mesmo, é a kutxinga. O mito, o mito diz que com o preservativo não pode txingar, por que tem que ser contacto direto”

XXH: “eu ainda vivo na responsabilidade da família...ainda não tenho a minha autossustentação, sou obrigado a fazer aquilo por exemplo, se eu não fazer às vezes mandam embora de casa, não tem pra onde ir, às vezes tenho que cumprir pra se calhar às vezes ficar com o que o irmão deixou com a esposa, com os bens do irmão”

ChL: “haver um txingador, andar txingar cada família, e até era pago, era mesmo alugado”

Embora a kutxinga seja uma prática enraizada nas famílias e muitas vezes realizados em segredo, os participantes referem que a preocupação com a infeção pelo HIV já tem direcionando a comunidade a procurar outras práticas além do sexo desprotegido. Além disso, instituições religiosas e de médicos tradicionais também tem orientado uso de outros métodos:

XXH: “kutxinga está sendo feito mas usando outros métodos, e há zonas que apenas usam raízes. Eles fervem raízes, dão pra beber, a casa já está purificada também estão a surgir certas religiões que que desinibem essas práticas.”

Tradicionalmente, a comunidade busca o curandeiro para resolver todos os tipos de problema sejam eles espirituais ou de saúde. Os participantes referem que antes mesmo de ir a um centro de saúde, a população vai primeiro consultar um curandeiro. Os curandeiros por sua vez, além de fazerem tratamentos utilizando raízes e plantas medicinais retardando a ida da pessoa ao hospital, algumas vezes fazem

¹⁷ Kutxinga (Changana): termo usualmente utilizado no sul de Moçambique para referir ao ritual de purificação da viúva/o, por meio de sexo desprotegido.

tratamentos utilizando ervas misturados a fluidos corporais como o sangue, facilitando assim a infecção pelo HIV:

XXL: “em vez de vir para ir fazer teste no hospital, não concordam primeiro com o hospital, mas se envolvem nos curandeiros ou nos maziones”

ChM: “eu vou lá talvez pedir um tratamento lá, levam aquele prato ali, não tem nenhuma coisa que eles desinfeta aquele pratinho dele onde põe o medicamento, vem cortar esta aqui, leva dedinho dela ali, mete ali no sangue dentro do prato, vem picar pra mim aqui, embora eu tenho a mina lâmina, ela também tem a lâmina, mas o problema daquele pratinho ali”

Contudo, os participantes relatam que já existe uma melhor percepção e mudança nas práticas tradicionais, principalmente por parte de alguns curandeiros que receberam capacitações e incentivam a população a buscar os serviços de saúde. Referem também que há uma colaboração entre a medicina tradicional e a medicina convencional:

ChSC: “mas aqueles que foram capacitados, eles inclusive dizem: vai ao hospital e traga o documento do hospital depois eu lhe trato...para o médico tradicional preparado, ele aceita inclusive pode fazer uma conversa que parece ser um tratamento e recomenda ir ao hospital.”

Outro aspeto cultural está ligado às crenças e mitos. Segundo os participantes, o HIV é visto na comunidade como um feitiço lançado pelos invejosos, alguns confundem o HIV com a tuberculose e abandonam o tratamento assim que sentem-se melhor e outros ao sentirem uma ligeira melhora, pensam que estão curado e não utilizam meios de prevenção nem informam o parceiro sobre o seu sero estado:

XXL: “chegam aqui vão aos curandeiros, alegando de que aquilo ali foi um enfeitiçamento lá na África do Sul, ou porque como ele era um chefe de grupo, ou era eh tinha alguma responsabilidade lá, então os colegas começaram a fazer ciúmes”

ChSC: “foi ao hospital fez o tratamento, sentiu uma pequena melhoria, então já esqueceu o que é o HIV, acha que prontos já estou curado, posso andar de qualquer maneira...se ele não acredita que eu estou seropositivo, não vou informar meu parceiro de que sou seropositivo, não vou me prevenir com meu parceiro, então, vamos alastrando a doença assim”

A poligamia é mencionada pelos participantes como um dos fatores culturais de grande magnitude para a infecção do HIV. Esta prática reflete o modo de viver moçambicano, onde há existência não só de uma pessoa com múltiplos parceiros mas o estabelecimento de redes de parcerias múltiplas concomitantes:

ChL: “aqui quando você tem duas mulheres praticamente não é homem, precisa ter duas, acima de duas, três, quatro, por aí assim”

XXH: “é capaz um homem dormir lá fora com uma mulher, pode ter uma doença e vir em casa, ou então a mulher sair, dormir com outro...uma situação de que homem sai e a mulher também sai. É uma rede”

Dentro da categoria noção de risco, o aspeto comportamental foi outra subcategoria que emergiu dos discursos. A questão das drogas e do alcoolismo foi trazida com alguma ênfase, principalmente o uso excessivo no seio dos adolescentes e jovens afirmando que reduz a inibição e facilita o sexo desprotegido. Apontam para a responsabilidade dos pais neste comportamento ao mandarem os filhos desde pequenos à compra desses produtos:

ChH: “não só tabaco, há aqueles que batem suruma¹⁸ hum, menores de idade, dezoito anos...está fora do controle, é muito fácil haver sexo, principalmente meninas. Meninas são aliciadas a bebidas, sabe o que é rapaz ou é adulto, sabe se eu embebedar a ele vai ficar inconsciente já é fácil de fazer sexo com ela”

ChH: “todos os dias mando meu filho ir comprar bebida, o meu filho depois de crescer...quer ver o que que o pai sente quando se fuma, o que que o pai sente quando bebe”

Ainda no aspeto comportamental, os participantes enfatizam a questão do fraco uso do preservativo, tanto pela falta do insumo quanto pela recusa no uso por parte da comunidade, mesmo tendo conhecimento sobre o assunto e disponibilidade do insumo:

XXSC: “mesmo aquela pessoa que é informada, tem conhecimento sobre o assunto, sabe que por exemplo se está com uma pessoa infetada, não usa o preservativo, mesmo assim, faz relações sexuais sem o sem o preservativo... embora que existam associações, o Núcleo Provincial quando nós requisitamos o Jeito¹⁹, eles dão, temos ali, mas as pessoas não, não usam”

Os participantes referem que há muitos desafios relacionados ao uso do preservativo, pois é um processo demorado e a longo prazo que estão ligadas justamente à mudança comportamental:

ChSC: “se ele volta da África do Sul e apanha um preservativo dentro de casa, há-de achar que a mulher tinha outro homem dentro de casa... ele vai conotar que a mulher tá a sair fora... nós estamos a criar uma dinâmica no sentido de mudar, quer dizer o comportamento de negativo que se verifica na comunidade. Acho que vai levar ainda um bocado mais de tempo”

¹⁸ Suruma: termo vulgar para *cannabis* (maconha, marijuana, haxixe) utilizado em Moçambique.

¹⁹ Jeito: Primeira marca de preservativo comercializada em Moçambique e presente desde 1994. Faz parte do portfolio de insumos de marketing social da Population Services International (PSI) e que transformou-se quase como um sinónimo de preservativo <http://www.psi.org/approach/social-marketing/#about>.

A prostituição é colocada pelos participantes, como uma atividade que expõe a mulher ao risco de infecção devido à sua fragilidade económica e dificuldade em negociar o sexo seguro:

ChL: “pessoas com classes baixas, que às vezes tem aceitado a praticar sexo sem prevenção, devido à troca de algum valor, ou algum bem alimentar”

Outra questão que preocupa os participantes, principalmente da Cidade de Xai Xai diz respeito à contaminação propositada de pessoas “compartilham” a doença com outros para ter companhia, pois alegam que não querem morrer sozinhas:

XXL: “como quer morrer com outra pessoa, de propósito se envolve sexualmente; contaminação a outras pessoas... já conhece a sua situação, estar contaminada diz em voz alta que não quer morar sozinho”

Outra subcategoria que emerge dentro da noção de risco de infecção pelo HIV, é a fraca adesão aos serviços e ao tratamento conduzindo consequente ao abandono. Segundo os participantes, a fraca adesão aos serviços está relacionada com o pouco comparecimento dos homens aos serviços sanitários, à baixa qualidade dos serviços e a longa distância a ser percorrida até chegar às unidades sanitárias:

XXH: “há maior sero prevalência de mulheres como seropositivas, é devido à fraca participação do homem na unidade sanitária. Porque muitas das vezes, quem vai à consulta pré-natal é só a mulher”

ChSC: “as unidades sanitárias, o atendimento em si, ainda não é dos melhores...se vai hoje, não é atendido adequadamente ou porque falta alguma coisa pra ser atendido, e vem de sítio muito longe...tem que voltar pra procurar outro dinheiro pra logo voltar à unidade sanitária e alguns não voltam”

Em relação à fraca adesão ao tratamento, os participantes relatam que existem vários motivos. Alguns são devido aos efeitos colaterais dos medicamentos, outras vezes devido à falta de alimentos para acompanhar o tratamento, ou por serem longos períodos de tratamento. Além disso a busca de trabalho ou retorno ao trabalho em países vizinhos como a África do Sul dificultam a continuidade do tratamento, culminando muitas vezes em morte:

ChM: “Tem certas pessoas que não tomam conforme, por causa de fome; dizem que cria enjojo, e fome, que às vezes a pessoa cria tonturas cai de repente, sem saber se é dele, fome, ou alergia”

ChL: “muitos vão pra África do Sul, quando sintam-se bem, deixam de tomar comprimidos e vão pra África do Sul; Então quando começa a doença lá, já é levado pelas padiola, pra o carrinho de mão pra o hospital e ele perde a vida assim mesmo”

Os participantes afirmam que transfusões sanguíneas e materiais perfuro cortantes não esterilizados também são outras maneiras que podem aumentar o risco de infecção pelo HIV, conforme ilustra:

XXH: “É possível ir receber um sangue, está contaminado depois você também ter HIV/SIDA”

ChM: “eu vou picar injeção enquanto estou afetada, a pessoa leva pica outra enquanto não está esterilizada”

Vulnerabilidade

Outro problema que preocupa a comunidade é a vulnerabilidade de certos grupos. Os participantes identificaram mulheres, raparigas, adolescentes e crianças como sendo os grupos mais vulneráveis na comunidade, conforme mostra o quadro 26 abaixo:

Quadro 26: Categoria - Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade - vulnerabilidade e subcategorias

Categoria	Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3
Vulnerabilidade	Mulheres	Fragilidade económica	
		Submissão ao marido e familiares	
		Violência doméstica	
	Raparigas	Fragilidade económica	
		Iniciação sexual precoce	
		Casamentos intergeracionais	
	Crianças	Orfandade	Desestruturação da família
			Crianças chefes de família
			Dependência dos avós
			Trabalho infantil
	Económica	Aumento da infeção nas zonas de comércio	
		Diminuição da capacidade laboral e poder aquisitivo	
		Atraso no desenvolvimento do país	

Todos, menos a o grupo de lideranças em Xai Xai, alegaram que a vulnerabilidade das mulheres está estreitamente relacionada à questão de gênero, levando à fragilidade e dependência económica, à submissão ao marido e familiares nas tomadas de decisão e à violência doméstica:

ChM: “não estás aflita? tenho valor pra te dar. Será que eu não vou me submeter a a fazer sexo sem, desprotegido? Vou, porque epa, ele me prometeu que vai me dar algo”

XXSC: “não podemos fazer nada sem a decisão do marido...uma família onde o homem está ausente, tá na África do Sul, automaticamente a nora tem que ter com a sogra para pedir autorização”

ChH: “existe alguns homens agressivos, basta saber daquilo dizem ah você foi apanhar suas coisas lá fora, vai embora, não fica mais aqui na minha casa, depois acaba batendo na mulher”

Os participantes colocam que a vulnerabilidade das raparigas, que as compele para os sexos ocasionais e casamentos intergeracionais, muitas vezes é fruto da fragilidade económica da família tornando-as susceptíveis também à gravidez precoce:

XXL: “por causa duma bolacha e um refresco, tem que se meter com um senhor como eu ... mas depois ela vai transmitir ao seu namorado, do seu nível, do mesmo grupo”

ChL: “Por mais que o senhor que é velho quando casa com minha filha, eu acho que quando ele tem dinheiro vai sustentar minha a família... denunciar pra quem? Já é um rendimento pra aquela família. Até fomenta-se”

ChL: “mas agora uma criança de 14 anos apanha com grávida...Doze anos dá parto normal...Quando é que essa jovem ficou mulher, mas tem 14, ficou mulher com 10 anos? Com 12? Para apanhar grávida são 9 meses, tá a ver o que é isso”

A vulnerabilidade das crianças, é referida pelos participantes como diretamente ligada à orfandade. Como consequência, há a desestruturação familiar levando crianças a ficarem dependentes de avós idosos ou serem submetidos ao trabalho infantil ao assumirem o papel de chefes de família e cuidadores.

XXH: “na morte dos pais eles ficam vulneráveis, porque outras crianças tornam-se chefes de famílias e até com pais ainda vivos, podem se tornar cuidadores desses pais doentes”

ChSC: “crianças que tem sido submetidas a trabalho infantil para conseguirem de sobreviver”

O impacto que a economia traz para o aumento das infeções, e o que o aumento da infeção traz para a economia é outro fator preocupante para os participantes deste estudo. Nesta vertente, referem que zonas economicamente mais favoráveis trazem um afluxo de pessoas que favorecem o aumento da infeção, mas ao mesmo tempo, relatam que o alto índice de infeções leva a uma desaceleração na economia pela diminuição da capacidade laboral e do poder aquisitivo, e consequente retardo no desenvolvimento do país, gerando uma vulnerabilidade económica para a população:

ChL: “Chokwe praticamente é o celeiro daqui de Gaza. Praticamente do Norte de Gaza ou dos que vem pra aqui fazer suas compras, não sei quantos, então há essa convergência, então, daí esta maior prevalência do HIV/SIDA aqui no Chokwe”

ChH: “afeta a economia do país, porque quanto mais haver essa doença continua, a economia não anda assim tão bem. Porque as pessoas ou os habitantes tem suas limitações de trabalho...não consegue fazer na plenitude aquilo que ele teria que fazer e assim a economia não anda como pode”

Outras categorias encontradas como problemas na comunidade estão relacionadas ao estigma e discriminação, ao efeito que a doença traz na economia familiar e do país e a própria morte como problema final. Estas categorias estarão a partir deste ponto, aglutinadas conforme mostra o quadro 27 a seguir:

Quadro 27: Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade – demais categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1	Subcategoria 2
Estigma e discriminação	Negação da própria situação	
	Não revelação do sero estado à família	
	Não adesão ao serviço	
	Isolamento social	
Morte	Perda do capital humano	
Como identificam	Sociedade civil	Visitas domiciliaries
		Grupos GAACs
		Palestras na comunidade
	Lideranças locais	Reuniões populares
Como resolvem	Apoio das organizações da sociedade civil	Visitas dos comités de gestão à comunidade
		Fortalecimento económico
		Fortalecimento dos sistemas
		Apoio em material escolar e alimentação às crianças
		Aconselhamento
		Cuidados domiciliaries
		Encaminhamento aos serviços de saúde
		Apoio familiar
	Comunidade	Construção de hortas caseiras
		Recursos da comunidade
	Lideranças	Orientação às famílias
		Encaminhamento à Ação Social

Estigma e discriminação

A categoria estigma e discriminação foi mais comentada entre os participantes da Cidade de Xai Xai. A negação da própria situação serológica e a não revelação do seu sero estado à família devido ao medo da discriminação são referidos como fatores indutores da contaminação aos outros. Além disso, o receio de ser reconhecido no local

como seropositivo e o temor do isolamento social são responsáveis pela baixa adesão aos serviços:

XXL: “quando quer tomar esse medicamento, toma à noite, se toma, ninguém vê aqui em casa, ou a tua amiga ou seu amigo, nada, ele esconde sempre, esperar pra passar pra nós”

XXSC: “Ir ao hospital significa, todo mundo saber que ela tinha HIV e isso não pode acontecer sobre hipótese alguma”

Morte

A morte é relatada pelos participantes como um problema devido à perda do capital humano, principalmente dos quadros produtivos do Estado:

XXH: “o grande maior problema é a morte mesmo, causada pela aquela doença; o Estado sai a perder muito. Perde-se os quadros, funcionários estão a morrer todos os dias, por causa do HIV/SIDA”

Como identificam os problemas

Os participantes referiram que os problemas são identificados na comunidade quando os ativistas das organizações da sociedade civil fazem visitas domiciliares e reuniões com os integrantes dos GAAC²⁰ e na comunidade, assim como quando as lideranças realizam reuniões populares e visitas como líder ou como membro dos comités de gestão:

ChSC: “oferecemos o ATS²¹ pra todos...então nos ajudou bastante na abertura; as visitas domiciliárias são um dos caminhos principais e onde encontramos esses problemas todos...muitas vezes vamos para identificar algumas crianças mas encontramos uma situação de HIV de adultos”

²⁰ GAAC - Grupos de Apoio à Adesão Comunitária: estabelecida em Moçambique pela organização Médicos Sem Fronteiras em 2008 e posteriormente incorporada como estratégia nacional pelo Ministério da Saúde. Incentiva ao paciente fazer a autogestão do seu tratamento, dentro de uma rede de apoio de pares de base comunitária. Desenhado de forma a reduzir o número de viagens de cada paciente à unidade sanitária assim como de reduzir o afluxo de pessoas nos serviços, são formados por pequenos grupos de até 6 pessoas adultas em tratamento antirretroviral e dentro dos critérios estabelecidos. Os membros do grupo tem quatro funções: recolher e entregar os medicamentos ART para cada um dos membros; dar apoio à adesão e monitorar os resultados do tratamento; estabelecer uma rede de apoio de base comunitária; garantir que cada membro de grupo tenha uma consulta clínica pelo menos uma vez a cada seis meses.

²¹ ATSC – Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade: abordagem baseada na integralidade das ações, de maneira a aumentar o acesso às informações básicas de saúde e dentre eles ter a oportunidade de ser testado para o HIV.

XXL: “temos um plano, que nos orienta a periodicamente irmos ouvir na comunidade, o que o que está-se a passar. O que a comunidade reclama por exemplo para a questão da melhoria do atendimento na unidade sanitária, o que que eles constataam. Então cada um vai levantando os problemas”

Como resolvem os problemas

Quando perguntado aos grupos como a comunidade resolve todos esses problemas levantados, foi possível constatar em suas falas três vias de resolução. Uma com o apoio das organizações da sociedade civil, outra utilizando recursos da própria comunidade e a outra por meio das lideranças comunitárias, embora tenham enfatizado que nem tudo é possível ser solucionado.

Verificou-se que as organizações da sociedade civil é que tem atividades mais diversificadas para tentar sanar ou minimizar os problemas encontrados na comunidade onde podemos destacar: o fortalecimento económico com uso de microcrédito e atividade de geração de rendimento; o fortalecimento dos sistemas, apoio na melhoria da provisão dos serviços de saúde; apoio em material escolar e alimentação às crianças; atividades de aconselhamento e testagem em saúde na comunidade; cuidados domiciliares e encaminhamento aos serviços de saúde, como pode ser visto nos discursos abaixo e respetivamente.

ChSC: “temos também a componente do fortalecimento económico...estamos a trabalhar também no fortalecimento dos sistemas de saúde e ação social”

XXM: “mama como é da associação, a mama conseguiu ajudar aqueles crianças órfãs e vulneráveis, consegui dar material escolar e aqueles que não vão à escola dei sabão”

ChSC: “temos já o componente dos cuidados no domicílio, que é virado para as pessoas acamadas”

ChH: “depois de ter aconselhado, falado com ela, depois nós tivemos que dar-lhe o guia de referência pro hospital”

Segundo os participantes, a comunidade encontra meios próprios e que estejam ao seu alcance para resolver localmente alguns dos problemas encontrados. Dentre eles foram destacados o apoio psicossocial entre os familiares, a construção de hortas caseiras para a segurança nutricional, e uso dos recursos da comunidade.

XXSC: “abrir uma machamba para plantar umas hortícolas, couve, cenoura ou alface essas coisas havemos de vender, então com esse dinheiro vamos de ajudar as crianças”

Já em relação às lideranças, os participantes relataram que a resolução dos problemas se faz com conversa e orientação às famílias e o encaminhamento à Ação Social nos casos em que há critérios para tal.

ChL: “a estrutura insiste pra ver as famílias que tem os pacientes, dá aquela sensibilização de abrir machamba²²... a estrutura tem o seu papel de mobilizar as suas comunidades pra praticar as culturas nas machambas”

ChM: “a liderança costuma encaminhar para as instituições que tem a cesta básica e dão apoio social direto, é assim que resolve na comunidade, temos a Ação Social o INAS²³, temos a cruz vermelha, sim”

5.3.12 Atividades desenvolvidas na comunidade

Quando indagados sobre as atividades de combate ao HIV/SIDA realizadas nas comunidades, os participantes referiram as diferentes entidades envolvidas. Neste contexto, foi possível identificar três categorias, as atividades realizadas pelas organizações da sociedade civil, as realizadas pelas lideranças e pelo governo, conforme mostra o quadro 28 a seguir:

Quadro 28: Atividades na comunidade – categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3
Sociedade civil	Prevenção	Distribuição de preservativos	
		Palestras para a comunidade	
		Palestras para as lideranças	
		Palestras nas escolas	
		Debates comunitários	
		Reuniões populares	
		Aconselhamento e testagem em saúde	
		Mostra de vídeo	
		Treinamento dos médicos tradicionais	
	Cuidado às PVHS	Referenciamento aos serviços de saúde	
		Buscas ativas	
		Visitas e cuidados domiciliários	
	Mobilização de recursos	Apoio as COV e PVHS	
	Desafios	Comunidade	Tem conhecimento mas ignoram
			Jovens não participam
			Não aceitam ativistas que vem de outras localidades
		PVHS	Negação ao tratamento

²² Machambas (changana) refere-se a hortas e pequenas áreas para cultivo familiar de vegetais e hortaliças.

²³ INAS: Instituto Nacional de Ação Social

			Dificuldade em organizar os GAACs
			Falta de recursos financeiros / pobreza
			Nomes e endereços falsos
		Organizações	Falta de recursos financeiros
			Ampliação do número de ativistas
			Falta de incentivo para os ativistas
		Serviços	Ampliação da rede de serviços
Lideranças	Prevenção	Palestras para a comunidade	
		Reuniões populares	Convida saúde e organizações de sociedade civil
		Prevenção nas igrejas	
	PVHS	Visitas domiciliares	
		Levantamento de necessidades	
	Desafios	Trabalhadores que vivem na África do Sul	

Atividades na comunidade realizadas pelas organizações da sociedade civil

Em relação às atividades realizadas pelas organizações da sociedade civil, foi possível constatar a existência de atividades de prevenção, de cuidado às pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) e de mobilização de recursos. Além disso, os participantes colocaram os desafios existentes para a realização das atividades no terreno. Segundo os participantes, as atividades de prevenção englobam desde a distribuição de preservativos, realização de palestras distintas para a comunidade em geral, lideranças e alunos nas escolas, realização de debates comunitários e participação nas reuniões populares organizadas pelas lideranças, aconselhamento e testagem em saúde e mostra de vídeos. Além disso, um componente de formação direcionada para os médicos tradicionais, conforme mostram alguns depoimentos abaixo:

XXH: “permite-se que distribuamos preservativo para aqueles alunos, não há problema”

ChSC: “trabalhamos em sessões, temos grupos de sessões nas comunidades, sim, mas tudo isso, temos que entrar em coordenação com a liderança”

XXSC: “Lembro me desta associação, Kuvumbana, ele tem feito essas capacitações...por distrito tem trabalho com dois, três curandeiros em matéria de capacitação, então eles sempre vão levar a matéria para os outros curandeiros”

As atividades de cuidado às PVHS relatados pelos participantes, giram em torno do referenciamento dos utentes às unidades sanitárias, na realização das buscas ativas dos pacientes que abandonaram o tratamento assim como as visitas e cuidados

domiciliários, que em muitas vezes é apoiada pela própria comunidade que ao identificar pessoas com necessidades, avisam os ativistas.

ChH: “nós damos aquele o guia de referência né, para levar ao hospital, depois de se identificar, tenta acompanhar se ele realmente a pessoa continua fazendo regularmente”

ChH: “nós buscávamos as listas nas unidades sanitárias, então andávamos em casa em casa daquelas pessoas que abandonavam o tratamento”

ChSC: “nossos activistas fazem essas visitas domiciliares, mas mesmo naquela família que aquela ativista ainda não entrou, se a comunidade se apercebe de uma situação lá ou de crianças órfãs, ou de alguém doente, aproxima à ativista para informar”

Em relação à mobilização de recursos, os participantes relataram ações voltadas às crianças órfãs e vulneráveis e às PVHS. Para as crianças órfãs e vulneráveis, a aquisição de material escolar e uniformes assim como a reabilitação da casa deixada pelos pais, proporcionam condições mínimas de educação e moradia. Para as PVHS, os recursos são para disponibilizar alimentos e algum valor de subsistência.

XXSC: “se a casa que o pai ou a mãe deixou já não está em boas condições, temos facilidade de ajudar porque há caniço²⁴, organizar aquela casa pra que aquelas crianças entrar e ficar mesmo e dormir bem; nós como associação podemos contribuir, pra ajudar criança dar uniforme escolar, caderno, comida, tudo isso podemos fazer; como associação tem algum geração de rendimento, venda de galinhas, tem machamba, então na base daqueles pequenos recursos, nós fomos custeando aquelas despesas daquela pessoa...se irmos visitar o doente levarmos aquele produtos irmos dar a ele”

Entretanto os participantes manifestaram que existe uma gama de desafios para a realização das atividades na comunidade inerentes à natureza e especificidade do alvo, ou seja da comunidade, das PVHS, das organizações, dos serviços de saúde e das lideranças.

Embora as atividades estejam voltadas para a comunidade, é na própria comunidade que encontram o maior número de desafios. Os participantes referem que as pessoas tem conhecimento, mas simplesmente ignoram colocando em risco a si e outros de contrair a infeção. Dizem que os jovens não participam das atividades, e acrescentam que muitas pessoas da comunidade não aceitam que venham ativistas de outra localidade realizar atividades nas suas comunidades.

²⁴ Caniço: planta delgada de formato tubular encontrada perto dos rios e lagos, frequentemente usada no sul de Moçambique para construir casas tradicionais.

XXSC: “a camada jovem, camada adulta, pessoas que tem conhecimento suficientemente pra se prevenir, mas simplesmente ignoram. Porque trabalho se faz, sim”

XXM: “as activistas temos aqui na cidade, por isso você não pode apanhar jovens adolescentes, porque vocês vem de muito longe e onde vocês saem, quem fica a trabalhar lá nas vossas zonas?”

Outro grande desafio reportado pelos participantes é no que se refere às PVHS. Por um lado existem pessoas que negam o tratamento, por outro lado para aquelas que fazem tratamento, há dificuldades para se formarem os grupos GAAC por serem assistidos em diferentes unidades sanitárias. Somada a isso, há dificuldade de locomoção por falta de recursos financeiros. Para além disso, muitas pessoas dão endereços falsos junto às unidades sanitárias, dificultando os ativistas de fazerem as buscas ativas.

ChH: “uma pessoa que negou, um homem, mesmo não queria aceitar, até hoje está deitado, morreu ontem...acaba de morrer, até agora está, ainda não foi enterrado”

ChH: “nem todos estão no mesmo hospital no centro de saúde. Há outros que estão no hospital xis e ípsilon o que tudo mais, agora não é fácil, então a ver se a pessoa pode ir levantar medicamentos para esses grupos”

XXL: “a pessoa chega no posto médico, esconde o nome, ya, põe um outro nome, põe um endereço muito fácil, então os activistas quando andam a procura, opa, Maria Isabel que aqui se pega no registo, procura não existe”

Em relação aos desafios enfrentados pelas organizações da sociedade civil, os participantes enfatizam a falta de recursos financeiros para a realização das atividades na comunidade. A inexistência de atividades de geração de rendimento dessas organizações associada à fragilidade do acesso aos projetos financiados pelo governo e outras instituições fazem com que a continuidade das ações seja um grande desafio. Relataram também que a falta de ativistas que faz com que estes tenham que se deslocar de uma comunidade à outra. Além da falta de incentivos para que os ativistas possam deslocar até as comunidades, os mesmos deparam com certa resistência à sua presença nas localidades, ao desconherem os usos e costumes locais.

XXSC: “mas como a associação já não tem dinheiro e ainda não estamos financiados, torna-se difícil”

ChL: “precisa-se de aumentar activistas nas comunidades, não vir ativista de outros bairros pra trabalhar no outro bairro, porque nem conhece os hábitos daquele bairro, porque cada bairro tem seus hábitos e costumes”

Os participantes referem também que há necessidade de ampliar a rede de serviços para perto da comunidade, de maneira que o trabalho feito pelos ativistas possa ter continuidade.

ChSC: “eles tivessem acesso a esses tipos de serviços lá no na própria comunidade. Se a gente vai testar as comunidades, temos que garantir também o tratamento lá na comunidade...tu fazes saber alguém de que está nesse estado, depois já não há aquele seguimento”

Atividades na comunidade realizadas pelas lideranças

Entre as atividades realizadas na comunidade pelas lideranças, foram encontradas aquelas relacionadas com a prevenção e as direcionadas às PVHS. Entre as atividades de prevenção, pudemos identificar as palestras na comunidade e as reuniões populares onde as lideranças por vezes convidam as organizações da sociedade civil e os serviços de saúde para alguma intervenção. Além disso, as atividades nas igrejas também são aproveitadas, devido à grande concentração de pessoas nos cultos e missas.

ChL: “não é assim prático um pastor falar de SIDA, mas ultimamente tá aparecer uma abertura no sentido de sensibilizar mesmo os crentes...os pastores, líderes religiosos estão a ser engajados nesse tema, no sentido de sensibilizar os crentes, que em tempos tem que ter cuidado, tem que ter teste, aquele meio de prevenção”

Já as atividades voltadas às PVHS giram geralmente em torno do acompanhamento às visitas domiciliares feitas pelos ativistas e levantamento de necessidades para mobilização de recursos.

ChL: “depois saber quais são as dificuldades, quais as condições, é falta de transporte, que que, então aí o líder toma medida”

Todavia as lideranças de Xai Xai relatam que alguns desafios relacionados aos jovens que trabalham na África do Sul. Referem que durante o ano não participam das reuniões na comunidade e portanto estão alheios a todo o trabalho de prevenção feito na comunidade.

XXL: “Temos muitos jovens fora na África do Sul e tá fora deste trabalho que nós estamos a fazer. Esses também vem nos complicar o nosso trabalho, porque quando chegam, chegam com coisas para aliciar essa menina...não se vê o nosso trabalho, porque sempre há essa interferência”

5.3.13 Papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA

Quando discutiu-se o tema, papel da comunidade na resposta ao HIV, as categorias encontradas foram: a escolha de atividades relevantes; a participação do homem e da mulher na resposta ao HIV e como envolver mais a população nas questões relacionadas ao HIV (quadro 29):

Quadro 29: Papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA – categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1	Subcategoria 2
Escolha de atividades relevantes	Circuncisão médica masculina	
	Buscas ativas	
	Reunião com os homens	
Participação do homem	Desafios	Característica dominante
		Não vão aos serviços de saúde
		Não tem interesse
Participação da mulher	Mulher	
	Desafios	Questão de género
Como envolver mais a população	Criar grupo de conversa de homens	
	Palestras semanais	
	Diálogo familiar	
	Apropriação do HIV como problema da comunidade	
	Desafios	Falar sobre preservativos na família
		Empoderamento da mulher

Escolha de atividades relevantes

Nesta categoria, os participantes enfocaram na intensificação da circuncisão médica por não ser uma prática entre os homens de Gaza e continuar com as buscas ativas por meio dos ativistas, para melhorar a adesão aos serviços e ao tratamento. Outra questão de suma importância que foi colocada, é de proporcionar reuniões para grupos de homens, pois consideram que os homens frequentam pouco os serviços de saúde e estão pouco informados. Além disso, referem que certos assuntos são melhor tratados apenas entre os homens, devido à característica dominante dos homens de Gaza.

ChSC: “o que eu não quero é ser enterrado vivo! Davam várias desculpas, não aceitavam. Mas aos poucos agora vão aceitando. Vão vendo que fazer a circuncisão masculina tem muitas vantagens, mas também isso deveu-se ao facto de a cultura do homem de Gaza pra circuncisão nunca foi hábito”

XXH: “devíamos marcar encontros com alguns homens na cidade...não estão informados, se calhar acham que quando se fala de questões de HIV/SIDA, doença, são coisas só de mulheres...frequentar as unidades sanitárias, porque os homens não tem frequentado muito as unidades sanitárias, não tem”

Participação do homem

Em relação à participação do homem na resposta ao HIV/SIDA na comunidade, os participantes consideram que houve melhorias devido às palestras e programas de sensibilização na comunidade e também na media. Entretanto, referem que ainda há necessidade de se trabalhar muito para conseguir uma participação mais efetiva deste segmento que não aceitam informações trazidas pela mulher, não vão aos serviços de saúde e não tem interesse na participação e mobilização comunitária:

XXH: “ele não quer admitir a informação que a esposa apanha nas sensibilizações e traz para a família... são esses homens mesmo que não querem se envolver nas atividades comunitárias, que volta a causar problema para as suas esposas... há fraca participação dos homens, mesmo para testagem em saúde”

Participação da mulher

Os participantes afirmam ser mais efetiva a participação das mulheres, pois estas buscam voluntariamente pela informação e procuram transmitir para a família, assim como aderem mais aos serviços e ao tratamento. Entretanto, as mulheres enfrentam problemas relacionados às questões de género, uma vez que os homens tem a força decisória na família.

ChH: “a mulher é que capta mais com grande facilidade, porque consegue até mobilizar a camada juvenil e tal, a família”

XXM: “o problema das mulheres, é que nós as mulheres não temos voz ativa já nos nossos maridos, porque eles é que decidem tudo”

Como envolver mais a comunidade

Quando perguntados sobre como poderia ter um maior envolvimento da comunidade, os participantes enfocaram novamente na necessidade de criar grupos de conversas entre homens, mostrando que a mobilização do homem é uma questão recorrente e premente. Palestras semanais e diálogos dentro das famílias, foram referidas enfatizando que estas questões devem começar a ser discutidas no seio das famílias. Ademais, sublinharam que acima de tudo a comunidade tem que assumir o HIV como seu problema e apoiar o governo nas atividades de combate à epidemia.

ChH: “se houvesse mais ou menos um grupo de conversa de homens, é que poderia mais ou menos, poderia mobilizar mais homens para aderir nas unidades

sanitárias para fazer teste, ou fazer a circuncisão masculina, também seguir o tratamento”

ChM: “devemos falar sobre esse vírus, não sentirmos vergonha de que ah é meu filho, é do sexo masculino, não posso explicar, não posso falar do sexo, temos que começar das nossas casas até na comunidade”

ChH: “o HIV/SIDA é uma coisa para nós todos... o governo não vai conseguir fazer sozinho. Então nós devemos lutar juntos para nos podermos conseguir alcançar esse objetivo”

Entretanto referem que ainda precisam transpor algumas barreiras culturais e tabus, pois em alguns meios é considerado insulto conversar sobre sexo e preservativos. Além disso, enfatizaram a importância de trabalhar mais as questões ligadas ao empoderamento das mulheres para a redução da vulnerabilidade.

ChM: “nas famílias dizem que é insulto quando falar de sexo, existe. Por exemplo nas zonas lá fora da cidade, dizem ah tão me insultar quando tá a falar de preservativo, eh essa senhora vem nos insultar”

5.3.14 Papel da liderança na resposta ao HIV/SIDA

Em relação ao papel das lideranças na resposta ao HIV/SIDA, 3 categorias foram identificadas nas conversas com os grupos focais. Coordenação das atividades no terreno com as organizações, as ações voltadas à comunidade, e formação para as lideranças em temas relacionados ao HIV/SIDA, conforme pode ser observado no quadro 30, a seguir:

Quadro 30: Papel da liderança na resposta ao HIV/SIDA - categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1	Subcategoria 2
Coordenação das atividades no terreno com as organizações	Facilitação dos activistas	
	Participação efetiva nas atividades das organizações	
Ações voltadas à comunidade	Sensibilização e mobilização da comunidade	
	Conhecer o estado de saúde da população	
	Emissão de documentação e certificados de pobreza	
	Participa nos comités de saúde	Identificar os problemas de saúde na comunidade
		Melhoria dos serviços
Formação para as lideranças em temas relacionados ao HIV/SIDA	Quem dá a formação	
	Que formação gostaria de ter	
	Desafios	Abranger todos os níveis da estrutura local

Coordenação das atividades no terreno com as organizações

Nas atividades de coordenação com as organizações, os participantes manifestam que na maioria das vezes as lideranças atuam como facilitadores do trabalho do ativista no terreno ao comunicarem à população sobre as atividades programadas ou no apoio à busca de pacientes que tenham abandonado o tratamento. Referiram que existem também lideranças que participam efetivamente nas atividades realizadas pelas organizações sendo inclusive membros ativos de associações.

ChSC: “quando nós estamos a fazer busca ativa dos abandonos de TARV, nós temos contactar e eles conhecerem as pessoas que estão em TARV... também em termos quando estão a dizer quando precisamos ter um encontro com a comunidade, eles também facilitam que as pessoas estejam naquele lugar combinado”

Ações voltadas à comunidade

Em relação às ações voltadas à comunidade, os grupos expressam que as lideranças realizam sensibilização e mobilização da comunidade acerca da problemática do HIV, falando da importância da prevenção e da adesão ao tratamento nas reuniões comunitárias. Além disso, procuram estar a par do estado de saúde da população para qualquer eventualidade. Outra ação, é a emissão de documentos como certificado de pobreza de maneira que crianças e adultos possam se beneficiar dos pacotes do governo, principalmente de acesso à educação para as crianças e alimentação aos adultos. Ao mesmo tempo, fazem parte dos comités de saúde, de forma a identificar os problemas de saúde na comunidade e fazer a ligação com a unidade sanitária, assim como de identificar problemas relacionados à qualidade das unidades sanitária a partir das queixas ouvidas na comunidade.

ChL: “o papel essencial do líder é sensibilizar as populações, aderir principalmente a fazer testagem no hospital, sempre é de mobilizar, sensibilizar, ihh estamos ver os frutos, os frutos, há muitos, há muitas pessoas que estão a aderir na testagem. Saber o seu estado de saúde”

XXL: “Comités comunitários de saúde e estamos envolvidos nisso, onde junto com o pessoal de saúde, fazemos todo um trabalho... o nosso objetivo é mais para melhoria do atendimento à pessoa da comunidade”

Formação para as lideranças em temas relacionados ao HIV/SIDA

Em termos de formações para as lideranças os participantes manifestam que são realizadas pelas organizações e pelo governo em parceria com essas organizações. Referem que é importante a abordagem sobre o HIV e a sua ligação com a tuberculose, entretanto advogam para que a estratégia seja mais abrangente de maneira a atingir todos os níveis da estrutura de liderança local.

XXL: “temos recebido várias ONGs que nos convidam para alguns seminários ...o governo também faz, em parceria com as ONG”

XXL: “Houve uma formação específica para alguns, mas não todos. Quando digo líder, é a partir do chefe do bloco, chefe do quarteirão, secretária, até ao chefe do bairro nem todos beneficiaram de formação”

5.3.15 Papel das organizações da sociedade civil na resposta ao HIV/SIDA

Quando perguntado aos participantes sobre o papel das organizações da sociedade civil na resposta ao HIV/SIDA, foi possível identificar 4 componentes, que foram categorizados em: 1) coordenação; 2) educação e informação; 3) atenção e cuidado e 4) estrutural. Além disso, os participantes ponderaram sobre os desafios inerentes ao desempenho efetivo deste papel na comunidade. As categorias e subcategorias estão discriminados no quadro 31:

Quadro 31: Papel das organizações na resposta ao HIV/SIDA - categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3
Ações coordenadas	Gestão e boa comunicação interna		
	Coordenação das atividades com as lideranças locais		
	Coordenação entre as organizações		
Informação e educação	Comunicadores		
	Sensibilizadores		
	Conselheiros		
Atenção e cuidado	Identificar necessidades	Necessidade dos utentes	
	Estabelecer a ligação	Informar as necessidades às lideranças	
		Encaminhar às instituições de apoio social	
		Encaminhar às unidades sanitárias	Buscas ativas
		Cuidados domiciliários	
Estrutural	Realizar os cuidados		
	Existência de organizações no terreno		
	Sustentabilidade das organizações	Financeira	Própria
			Fundos de parceiros
			Governo

		Técnica
Desafios encontrados no terreno	Necessidade de formação diversificada dos ativistas	
	Envolver população dos diversos níveis sociais	

Ações coordenadas

Segundo os participantes, as ações coordenadas são cruciais para um bom desempenho no terreno e esta categoria é vista em três vertentes. A primeira está relacionada à capacidade de fazer uma boa gestão interna e estabelecer uma comunicação efetiva dentro da própria organização. A segunda está relacionada à capacidade de realizar ações coordenadas com as lideranças locais e a terceira de coordenar com as outras organizações parceiras que trabalham no terreno.

ChSC: “primeiro pra entrar nessa comunidade, a gente primeiro passa pelo líder, pela coordenação com a liderança, sem isso é difícil fazer a sensibilização na comunidade”

ChSC: “dar seguimento é o que, é voltar, encontrar os outros colegas lá que não estiveram no encontro dizer que epa, no encontro o que falou foi isto, por exemplo numa situação xis a organização xis pode fazer não sei oque”

Informação e educação

Outro papel importante desempenhado pelas organizações, segundo os participantes, está ligada à informação e educação da população. Nesta categoria focalizaram três papéis distintos: 1) de comunicadores ou porta-vozes da informação à comunidade, 2) de sensibilizadores, de maneira a atingir a consciência das pessoas para a mudança de comportamento e 3) conselheiros, para mostrar os benefícios dos métodos de prevenção e formas de cuidado e tratamento, conforme os discursos a seguir:

ChSC: “nós como organizações ou associações estamos lá como rádio, estamos lá como jornalista, como jornal, que dá a informação diária à comunidade, porque a comunidade está longe”

XXM: “trabalhamos mais muito já no aconselhamento porque a pessoa basta começar já fazer o TARV já nunca pode parar; eu tive que aconselhar a ela para poder ir fazer o tratamento, seguir com o tratamento porque a vida que estava em jogo era da mulher”

Atenção e cuidado

Na categoria atenção e cuidado, os participantes referem que as organizações identificam as necessidades do utente; estabelecem a ligação com as lideranças e os serviços de saúde e apoio social e prestam cuidados do paciente debilitado, apoiando nas atividades do cotidiano que o mesmo não consegue executar.

ChH: “nós havemos endereçar onde vocês devem ir pra mais ou menos ter um apoio... Por exemplo, temos a as organizações que podem ajudar como as INAS por exemplo ou outros sítios, para poder no que diz respeito à alimentação”

Estrutural

Já a categoria estrutural refere-se à existência de organizações no terreno e a sustentabilidade destas para a continuidade das ações na comunidade. Os participantes referem que existem várias organizações que atuam nas comunidades embora não cubram todas as localidades.

ChM: “tem várias organizações, por exemplo nós Apapurg aqui, estamos a actuar em Lionde, Macaretane, aqui em Chokwe mesmo... Tem uma outra associação chamada APC que atua em Lionde, sim, eu estou no Carmelo... APC é único um ramozinho de Apapurg”

No componente sustentabilidade, os participantes referem dois tipos de sustentabilidade, a financeira e a técnica. A primeira foi referida como sendo de maior dificuldade, uma vez que as associações dependem grande parte do custeio das cotas dos associados ou da geração de rendimento que nem sempre garante o bom funcionamento da associação. Há algumas organizações que conseguem aceder a financiamentos de organizações internacionais e a fundos do governo, mas este último nem sempre estão disponíveis e comprometem a realização efetiva das atividades. Entretanto referem que a sustentabilidade não tem a ver apenas com o aspeto financeiro, e que há uma sustentabilidade técnica por meio do conhecimento adquirido, e desta maneira podem continuar com algumas ações.

XXSC: “aquele dinheiro de cotas, documentos etc de entradas que garantem a sua sustentabilidade... Além, além disso tem associações talvez que tem geração de renda. Vendem ovos, galinhas, tem machambas, vendem os produtos, e partir desse dinheiro, mantêm-se”

ChSC: “sustentabilidade não é só o lado financeiro. Ehh existe sim, uma semente, semeada que é próprio conhecimento ...porque há muitas associações que neste momento não tem financiamento nenhum, mas estão a trabalhar”

Desafios encontrados no terreno

Para que as organizações possam cumprir o seu papel efetivo na resposta ao HIV/SIDA na comunidade, alguns desafios foram expostos pelos participantes. Um deles, está relacionado à formação dos ativistas em dotar de conhecimento em temas variados e abrangentes como violência baseada no género, nutrição e empreendedorismo. Além disso outro desafio encontrado é de ter estratégias mais abrangentes e conseguir envolver os diversos segmentos sociais da população inclusive as camadas mais abastadas, pois o enfoque tem sido sempre voltado para a camada mais pobre da população.

ChSC: “tem muita informação que os activistas ou os fazedores lá no terreno não tem...a violência baseada no género, a questão da nutrição porque nem sempre há falta de comida, mas é como nós usamos a comida... e também a questão da geração de renda... não é só parar na rua e vender, mas ter um conhecimento sobre negócios”

ChSC: “um desafio que é envolver quase toda a comunidade, porque o que se percebe mais atenção está na população de baixa renda, ...aqueles com maior rendimento, muito mais não tem havido...temos esse desafio de envolver quase todos, independentemente do estado social, condição financeira”

5.3.16 Papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA

Em relação ao papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA, foi possível identificar as seguintes categorias na fala dos participantes: de coordenação da resposta, de promoção e prestação de serviços sejam eles de saúde ou de ação social e de formação. Além disso existem os desafios inerentes ao papel do governo e que segundo os participantes dos grupos, não são poucos. conforme mostrado no quadro 32, abaixo:

Quadro 32: Papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA - categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3
Coordenação	Definição de políticas e estratégias		
	Promoção dos encontros de coordenação		
	Parceria com organizações		
	Parceria com lideranças locais	Ser representado pelas lideranças nas comunidades	

	Atividades específicas e pontuais		
Promoção e prestação de serviços	Saúde	Atendimento nas unidades sanitárias	
		Disponibilização de medicamentos	
		TARV	
		Gestão de preservativos	
	Ação social	Disponibilização de alimentos e recursos	
Formação	Capacitação das lideranças e estruturas locais		
Desafios	Coordenação	Maior conhecimento da situação no terreno	
		Melhor coordenação com as organizações parceiras	
		Maior envolvimento das lideranças	
		Maior presença nas comunidades	
	Promoção e prestação de serviços	Saúde	Qualidade dos serviços
			Acesso ao serviço
	Ação social		Apoio em alimentos e bens
	Formulação de políticas	Incentivo aos ativistas	
		Incentivo às lideranças	
		Financiamento às associações	
		Cumprimento das leis, controle e vigilância	

Coordenação

Na vertente da coordenação, os participantes referem que o Governo atua na definição de políticas e orientação estratégica, promovendo encontros de coordenação, trabalhando em parceria com as organizações e com as lideranças, pese embora as atividades realizadas pelo Governo terem sido apontadas como sendo pontuais e circunscritas a alguns eventos ao invés de ter atividades ao longo do ano.

XXL: “o governo trabalha muito em parceria com as ONGs... Nessa óptica, nós nos sentimos aliviado e vemos que a cidade está a controlar a situação do HIV nas pessoas”

XXSC: “é um assunto que devia se estar sempre a se discutir, porque é uma preocupação muito grande, mas o que tem acontecido normalmente, só vimos interesse do governo, programa do governo acho se calhar faz barracas aquilo, quando aproxima-se o dia 1 de Dezembro”

Promoção e prestação de serviços

Os participantes destacam os serviços de saúde e os de ação social como promotores e provedores de serviços. Para eles, os serviços de saúde fazem o atendimento

nas unidades sanitárias, a disponibilização dos medicamentos antirretrovirais e preservativos. Já na ação social, a atividade é voltada à disponibilização de recursos de suporte aos doentes, sejam eles por meio de suplementos alimentares, transporte ou materiais para educação.

XXSC: “os centros de saúde tem feito algum trabalho. Sim. Fazem palestras às mulheres ma grávidas, as mães de bebés, mesmo sobre o aleitamento, fazem, sempre tem tido palestras regulares nos centros de saúde”

ChM: “Embora que não tem cura, mas consegue prolongar a vida com o TARV...Sim podemos dizer graças ao Governo, porque uma coisa que não se compra, é gratuito”

Formação

Os participantes referem que é responsabilidade do Governo dar capacitação às lideranças e estruturas locais:

XXL: “no seu plano anual, o governo, de constar as formações...o plano de formações e algumas palestras que vão sendo dados nas comunidades, com os líderes locais, somos solicitados pelo governo para participar nas formações”

Desafios

Para que de facto o Governo possa desempenhar o seu papel na resposta ao HIV/SIDA na Província, os participantes apontaram para vários desafios a serem enfrentados. Seja no âmbito da coordenação, da promoção e prestação de serviços e na formação mas também acrescentaram o aspeto relacionado à formulação de políticas.

No concernente à coordenação as preocupações citadas foram da necessidade de um maior conhecimento por parte do governo da situação no terreno, uma melhor coordenação com as organizações parceiras, um maior envolvimento das lideranças locais assim como de ser um Governo mais presente nas atividades da comunidade.

XXM: “quando eles fazem visitas eles só chegam aqui na Cidade de Xai-Xai...mas lá onde deveriam chegar mesmo que é a Província mesmo de Gaza eles não chegam...Sim, e o Governo também devia chegar perto do ativista para poder ter uma boa informação daquilo que acontece na comunidade”

XXH: “Eu acho que o Governo não tem lá muito trabalhado. Só as associações é que fazem palestras nos hospitais...Se estivesse lá o governo, com a relação do

HIV/SIDA, acho que daria essa informação ao estruturas do bairro, aos chefes do bairro...mas acho que o governo ainda não se faz sentir lá”

Os desafios na promoção e prestação de serviços, segundo os participantes, estão ligados à melhoria na qualidade dos serviços, de promover um maior acesso aos serviços utilizando por exemplo brigadas móveis.

XXL: “o governo se esforçar de modo que o medicamento não falte. Houve tempos passados hein, não muito, houve problema de obtenção de anti antirretroviral, e isso pra nós é uma lástima...antigamente tinham também soja, aquela soja, mas ultimamente pa, já não tem”

Entretanto muitos desafios foram citados no domínio da formulação de políticas. Apontaram a possibilidade de incentivos a ativistas e lideranças em forma de subsídios para deslocação e alimentação para a realização de atividades na comunidade. Além disso, advocaram para uma maior vigilância ao cumprimento de leis principalmente os relacionados ao acesso de álcool de drogas por menores.

XXSC: “se ter aquele subsídio, você tira aquilo ali, apanha chapa até chegar lá. ...É diferente de não ter nem vinte meticais de crédito por exemplo, tamos a falar de pessoas que fazem visitas domiciliares, não conseguir se deslocar a pessoa.”

ChH: “há problema sério de atividades sexuais precoce com as meninas o que e tudo, mas devido de não haver limitação do tempo nas barracas, mas não porque não exista lei, existe, mas agora não está sendo observada a lei...tá a beber um miúdo de quinze anos, tem latas, bebe ali estão ali nas barracas. Como é que se pode admitir isso?”

5.3.17 Informações sobre o HIV/SIDA

Quando explorado o tema informações sobre o HIV, as contribuições dos participantes foram divididas em sete categorias. Os meios mais comuns que a população recebe informações; o melhor meio de levar a informação; disponibilidade de materiais; percepção geral da comunidade sobre a informação; tipo de informação que a comunidade necessita; temas que os grupos tem conhecimento e os desafios inerentes à estratégia, conforme pode ser observado no quadro 33:

Quadro 33: Informação sobre HIV/SIDA - categorias e subcategorias

Categorias	Subcategoria 1	Subcategoria 2
Meios mais comuns que a população recebe informação sobre HIV	Rádio	Programas específicos
	Ativistas	Visitas à comunidade
		Palestras na comunidade
	TV	Programas específicos

	Panfletos	
	Outros	Escolas
		Hospitais
		Associações
Melhor meio de levar a informação	Activistas	
Disponibilidade de materiais	Sim	Por meio das organizações
	Não	
Percepção geral da comunidade sobre a informação	Sim	
Desafios	As pessoas dão pouca importância à informação	Mitos e não-aceitação
	Dificuldade de acesso à informação	Preferem outros assuntos e programas
		Língua
		Geográfico
		Meios de comunicação

Meios mais comuns que a população recebe informação sobre HIV

Em relação aos meios mais comuns que a população recebe informações sobre o HIV/SIDA, sete entre 8 grupos referiam que a rádio nacional dá informações gerais e as comunitárias tem programas específicos e reportagens em língua local. Seis grupos citaram que os ativistas são uma via de difusão da informação, por meio das visitas à comunidade e palestras. Cinco grupos referiram sobre a televisão que faz reportagens e alguns programas operacionalizados por instituições parceiras. Alguns grupos indicaram panfletos diversos além de outros meios de informação como atividades nas escolas, hospitais e associações.

ChM: “Transmissão na rádio, rádio Nchvucu...rádio comunitária, sim; Programa sobre Tchova-Tchova, Planeamento familiar, sim, em língua local, Changana e Português”

XXH: “a ativista traz uma experiência própria que viveu ou que está a viver, então as pessoas ficam mais seguras na informação que está, que está a dizer”

Melhor meio de levar a informação

Dentre os meios de levar a informação, os participantes afirmaram que os ativistas são o meio mais eficiente. Asseguram que no contacto cara a cara ficam com a certeza de que a informação chegou à comunidade, possibilita esclarecer as dúvidas, além do que, o facto de ser feito em língua local melhora a compreensão da mensagem pela população.

XXH: “o ativista ele chega no local, faz uma palestra, ah faz debate com as comunidades, enquanto a rádio, pouca gente escuta rádio. As pessoas estão na machamba, estão nos serviços, estão a correr nessa corrida da vida do dia-a-dia”

Disponibilidade de materiais

Quanto à disponibilidade de materiais, os participantes referiram que na maioria das vezes é disponibilizado pelas ONGs mas também pelo Núcleo Provincial. Entretanto, disseram que, de uma maneira geral, há escassez de materiais e os poucos recursos dos projetos não possibilitam a produção de materiais para distribuição, principalmente em língua local.

XXSC: “Pode-se requisitar material no Núcleo Provincial...pede panfletos, pede Jeitos, mesmo em quantidade que você quiser, você é cedido...há um boletim informativo, esqueci o título desse, que as vezes, quando há uma atividade que você faz, convidava a equipe do Núcleo para poder acompanhar as suas atividades, eles publicavam naquele boletim o que você está a fazer”

ChSC: “aquelas revistas Nweti, também ultimamente, não existe, já são edição muito irregular... como vinha em língua local e distribuíamos às comunidades, aquilo também ajudava as comunidades quer dizer a terem educação sobre a matéria.”

Percepção geral da comunidade sobre a informação

Sob o ponto de vista de percepção da mensagem pela comunidade, os participantes comentam que a comunidade percebe a mensagem sim, desde que haja a possibilidade de ser feita também em língua local seja por meio dos ativistas ou programas de rádio e televisão.

ChH: “uma vez que estão a transmitir em língua local, a população local consegue entender”

Os desafios inerentes à questão da informação sobre o HIV foram mencionados pelos participantes em duas vertentes. Uma, que as pessoas dão pouca importância ao assunto seja devido à falta de preparo para receber a informação, de considerar como mito ou tabu. A outra vertente é da própria dificuldade de acesso à informação, seja por barreiras linguísticas, geográficas e de aceder aos meios de comunicação.

XXM: “Porque há outros pode ver aquele programa e vê que ahh aquele programa dele, ver que é aquele programa de que fala de HIV, troca de canal, então vão assistir o que? músicas, tá ver ou novelas”

XXM: “a informação não chega para todos porque ali a informação é traduzida em português, enquanto que, nem todos percebem português”

5.3.18 Análise documental

A análise documental foi realizada de maneira a depreender como ocorreu a implementação do projeto, respondendo as cinco perguntas orientadoras. Os resultados estarão descritos na sequência de cada uma das perguntas.

- 1) Que atividades foram realizadas para as estratégias de coordenação, descentralização, e comunicação?

Os dados encontrados referente às atividades foram tabulados de forma a alinharem com as atividades listadas no modelo lógico da intervenção, e que estão separadas por componentes conforme mostram os quadros 34 a 36. Como a análise em questão restringe-se ao período de Abril de 2012 a Março de 2015, muitas atividades do ano de 2015 constam como sem informação.

Observou-se que houve um aumento no número de parceiros mapeados ao longo dos anos de 95 em 2012 para 122 em 2014, entretanto este número reflete a somatória de organizações existentes por distrito e não o total de organizações que atuam na Província. Isso se verifica porque, algumas organizações atuam em mais de um distrito, fazendo com que haja sobreposição neste número. Apesar da quantidade de parceiros atuantes na província, nem todos os parceiros submeteram planos operacionais ao NPCCS. Em 2012 apenas 25 parceiros de implementação submeteram planos operacionais, que foi reduzido para 18 em 2013 e em 2014, não foram encontradas evidências de submissão dos planos pelos parceiros ao NPCCS. Houve partilha de informação do projeto por meio dos relatórios bimensais, trimestrais e anuais enviados regularmente ao CNCS num total de 29 documentos, entretanto foram feitas apenas 6 atualizações na página web durante o período do projeto. Não foi possível identificar os dados de monitoria e avaliação dos parceiros de maneira sistematizada. Verificou-se um aumento considerável no número de reuniões de coordenação, sejam eles provinciais, internas do NPCCS ou com parceiros de 2012 para 2013 mas uma redução no ano de 2014 comparado ao ano anterior.

Foram produzidos um total de 23.000 boletins informativos, mas não foram encontrados planos de distribuição ou informação sobre uma distribuição sistematizada dos mesmos.

Sete *workshops* de preservativos foram realizados sendo 2 a nível da província e 5 a nível dos distritos apoiados pelo projeto. Os quantitativos de preservativos

distribuídos aumentaram de 2012 a 2014, entretanto os números refletem apenas os quantitativos distribuídos no âmbito do Depósito Provincial de Medicamentos e não refletem os quantitativos que vem de outras fontes e são distribuídas pelas organizações parceiras, sugerindo que há uma subnotificação do número de preservativos distribuídos na Província. As atividades do componente coordenação estão plasmadas no quadro 34, abaixo.

Quadro 34: Coordenação - Atividades e produtos por ano

Atividades	Produto	Ano				Total	Fonte
		2012	2013	2014	2015		
Atualizar mapeamento de parceiros implementadores na Província de Gaza.	Atualizado o mapeamento	1	1	1	0	3	JICA
	# de organizações mapeadas	95	117	122	sem inf	334	JICA
Recolher planos operacionais dos parceiros.	# de parceiros implementadores que submetem planos operacionais.	25	18	sem inf ¹	sem inf	43	JICA
Partilhar informações do projeto com CNCS.	# de relatórios do projeto enviados ao CNCS.	7	10	10	2	29	JICA
	# de actualizações da página web do CNCS/NPCS.	0	3	3	0	6	JICA
Recolher dados de M&A dos parceiros	# de relatórios recebidos	sem inf	sem inf	sem inf	sem inf		
Realizar encontros de coordenação provincial	# de encontros provinciais realizados	2	5	3	0	10	JICA
	# de participantes dos encontros provinciais	69	141	225	0	435	JICA
Realizar encontros internos do NPCCS	# encontros internos do NPCCS realizados	6	12	13	0	31	JICA
Realizar encontros com parceiros	# encontros com parceiros realizados	6	23	15	2	46	JICA
Realizar encontros de grupos técnicos (GT)	# de reuniões do GT de comunicação realizados	5	8	5	0	18	JICA
	# médio de participantes do GT de comunicação por reunião	9	9,5	11,6	0	9,9	JICA
	# de reuniões do GT de preservativos realizados	2	3	4	0	9	JICA

	# médio de participantes do GT de preservativos por reunião	13,5	8,3	11,2	0	10,7	JICA
	# de reuniões do GT de M&A realizados	N/A	N/A	1	1	2	JICA
	# participantes do GT de M&A	N/A	N/A	18	20	14	JICA
Produzir e distribuir o boletim informativo Tiwoneli.	# de boletins produzidos	4000	8000	9000	2000	23000	JICA
	# de boletins distribuídos	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Disponibilizar o preservativo masculino e feminino e na Província.	# de <i>workshops</i> de preservativos realizados.	0	5	2	0	7	JICA
	# de pessoas que participaram do <i>workshop</i>	0	199	116	0	315	JICA
	# de preservativos masculinos distribuídos	2.121.000	2.348.300	3.920.000	s/inf	8.389.300	NPCS
	# de preservativos femininos distribuídos	698.000	1.200.000	1.775.400	s/inf	3.673.400	NPCS

Sem inf: Sem informação;

1: ciclo de planificação coincidiu com o período de eleições e definição do programa de Governo. Os parceiros não entregaram os respetivos planos à espera de poder harmonizar com o novo plano do Governo.

Em relação às atividades de descentralização, as reuniões de coordenação distrital ocorreram em maior ou menor quantidade em cada um dos distritos, entretanto nota-se que a Cidade de Xai Xai não realizou nenhuma reunião em 2014. Vale ressaltar que os distritos de Mabalane e Mandlakazi começaram a receber apoio direto do projeto a partir de Dezembro de 2013, não havendo informação sistematizada sobre as reuniões realizadas, antes desse período.

Em 2012, além de outros atores do nível provincial, 12 pessoas, entre pontos focais das CDCS e técnicos da função pública dos distritos, foram treinadas em matéria de monitoria e avaliação. Após esta formação, foi elaborado um plano de capacitação em monitoria e avaliação com foco em planeamento estratégico dirigido para pontos focais e posteriormente alargado para outros atores da resposta ao HIV/SIDA. Desta maneira observou-se um aumento progressivo no número de pessoas treinadas de 4 em 2013 para 183 em 2015, alcançando um total de 284 pessoas nos 12 distritos da Província de Gaza.

Em termos de visitas de supervisão, houve um maior número de visitas ao Distrito de Bilene em 2012 e 2013 devido às negociações para mudança de ponto focal e em Chokwe (2013) devido às cheias que assolaram o Distrito.

Três relatórios de descentralização da resposta foram elaborados no final de cada ano, e um total de 11 boas práticas e lições aprendidas do processo de descentralização foram divulgados. As atividades atinentes ao componente de descentralização pode ser verificado no quadro 35.

Quadro 35:Descentralização – Atividades e produtos por ano

Atividades	Produto	Ano				Total	Fonte
		2012	2013	2014	2015		
Realizar encontros de coordenação com parceiros da resposta ao HIV/SIDA no Distrito	# de encontros realizados - Chokwe	2	7	5	0	14	JICA, Chokwe
	# de encontros realizados - Xai Xai Distrito	8	8	5	0	21	DXX
	# de encontros realizados - Xai Xai Cidade	6	5	0	0	11	CXX
	# de encontros realizados - Bilene	1	4	3	0	8	Bilene
	# de encontros realizados - Mabalane	0	6	12	0	18	Mabalane
	# de encontros realizados – Mandlakazi	0	0	1	0	1	JICA
Elaborar plano de capacitação para os pontos focais em planificação, monitoria e avaliação	Plano de capacitação elaborado	1	0	0	0	1	JICA
Realizar treinamento em planificação, monitoria e avaliação	# de treinamentos realizados	1	1	6	9	17	JICA
	# de pessoas treinadas	12	4	62	183	284	JICA
Realizar visitas de monitoria e supervisão aos distritos pilotos	# de visitas realizadas a Chokwe	1	5	1	0	7	JICA
	# de visitas realizadas a Bilene	4	4	1	0	9	JICA
	# de visitas realizadas ao Distrito de Xai Xai	1	0	4	0	5	JICA
	# de visitas realizadas a Cidade de Xai Xai	0	1	3	0	4	JICA
	# de visitas realizadas a Mandlakazi	0	0	3	0	3	JICA
Elaborar relatórios anuais de implementação piloto da descentralização do HIV ao nível distrital para o CNCS	# de relatórios elaborados	1	1	0	1	3	JICA
Divulgar as lições aprendidas e boas práticas de descentralização	# de boas práticas e lições apreendidas divulgadas	1	2	6	2	11	JICA

No campo da comunicação, foi realizado um inventário e constatada a existência de 44 diferentes materiais IEC na Província, que foram desenvolvidos por diferentes parceiros em sua maioria organizações não governamentais. Do total do material inventariado, apenas 36% (16) correspondem a materiais desenvolvidos pelo Governo sendo 27% (12) pelo CNCS e 9% (4) pelo MISAU.

Mediante informações do inventário, foi realizado um levantamento de necessidades junto ao grupo técnico de comunicação. Um total de 17 iniciativas locais de material IEC foram elaborados, entretanto nenhum material foi traduzido ou produzido em língua local

A produção e distribuição de materiais se deu em maior número nos primeiros dois anos do projeto, conforme pode ser verificado no quadro 36.

Quadro 36: Comunicação – Atividades e produtos por ano

Atividades	Produto	Ano				Total	Fonte
		2012	2013	2014	2015		
Realizar o inventário dos materiais IEC existentes para prevenção do HIV e em uso na província de Gaza	Inventário realizado	0	1	0	0	1	JICA
	# de materiais IEC existentes na Província	N/A	44	N/A	N/A	44	JICA
Fazer levantamento das necessidades para produção/ tradução em línguas locais de materiais IEC para a Província de Gaza	Levantamento de necessidades realizado	0	1	0	0	1	JICA
	# de iniciativas IEC de Gaza (mensagens, tipos de materiais etc)	9	6	2	0	17	JICA
Apoiar na produção/tradução em línguas locais dos materiais IEC	# de materiais produzidos	12.189	15.249	4.006	0	31.444	JICA
	# de materiais traduzidos	0	0	0	0	0	
Distribuir material IEC	# de materiais distribuídos	12.189	15.249	4.006	0	31.444	JICA
Fazer treinamentos na área de comunicação	# de treinamentos realizados	N/A	1	N/A	N/A	1	JICA
	# de pessoas treinadas	N/A	5	N/A	N/A	5	JICA

- 2) Que tipo de estratégia foi utilizado para o fortalecimento de capacidades? Em que focou a estratégia e porque? Houve alguma alteração na estratégia? Houve mudança no público alvo desta estratégia? Quais foram os atores envolvidos nesse fortalecimento?

Em termos de estratégia para o fortalecimento de capacidades, foi feita assessoria técnica contínua e transferência de tecnologia relacionado aos três componentes: coordenação, descentralização e comunicação, acompanhados de apetrechamento do

NPCS e CDCS com equipamentos, materiais e meios de locomoção. Além disso, foram realizados treinamentos em monitoria e avaliação para solidificar a capacidade de gestão.

A primeira formação em monitoria e avaliação realizou-se em 2012 abrangendo pontos focais, técnicos do NPCCS, função pública e sociedade civil num total de 29. A partir de 2013, o treinamento em monitoria e avaliação teve ênfase em planeamento estratégico, entretanto era ainda direcionado para os técnicos do NPCCS e pontos focais. No final de 2013 a proposta foi revista pelos assessores²⁵ e ampliado para um público alvo mais abrangente, contemplando também a sociedade civil, lideranças e outras áreas do setor público, tanto no nível provincial quanto no nível distrital, formando 11 facilitadores prvinciais e alcançando um total de 318 pessoas. Além disso participaram da formação representantes do CNCS e das Províncias vizinhas de Inhambane, Maputo e Maputo Cidade (quadro 37):

Quadro 37: Característica do público alvo das formações de monitoria e avaliação entre 2012 e 2015

Público alvo	2012¹	2013	2014	2015	Total
NPCS	5	4	2	3	14
Ponto focal ²	12	4	3	7	26
Liderança	0	0	30	50	80
Sociedade civil	7	0	41	69	117
Função pública	5	1	16	57	79
CNCS	0	1	1	0	2
Total	29	10	93	186	318

¹: A formação referente ao ano de 2012 foi de monitoria e avaliação, utilizando uma metodologia diferente;

²: Há sobreposição no número de pontos focais devido à alteração do quadro nos diversos distritos ao longo do período assim como repetição da mesma pessoa em alguns treinamentos (ex: 2012), havendo desta forma duplicação de números.

O treinamento em planeamento estratégico que foi realizado no Brasil em 2013 e 2014, teve seguimento da aplicação do conhecimento em Moçambique. Foram envolvidos um

²⁵ Relatório dos assessores de curto prazo (2013): “Foi proposta, a JICA e ao NPCCS, a ampliação de 10 para 15, o número de participantes do curso que será realizado em 2014, onde foram indicados: representante do CNCS, representante do NPCCS, Ponto Focal de SIDA dos distritos de Bilene, Manjacazi e Mabalane, Parceiros de Governo (Ponto Focal da Educação, Mulher e Ação Social e Instituto de Comunicação, Diretor Provincial de Saúde e Secretária Permanente do Governo de Gaza) e da sociedade civil organizada (FONGA, MONASO, AMODEFA e Ass. Pedalar de Chóckwè) e o Ponto Focal de Chóckwè como monitor do curso”

total de 22 assessores sendo 3 de longa duração e 19 de curta duração caracterizados no quadro 38 a seguir:

Quadro 38: Caracterização dos assessores para o projeto de fortalecimento de capacidades

Tipo de assessor	N	Posição	Local
Longa duração	1	Assessor líder/ especialista em HIV&SIDA	Moçambique
	2	Coordenador/Reforço Organizacional	Moçambique
Curta duração	1	Planeamento e gestão	Moçambique
	1	Eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita	Moçambique
	1	Gestão de recursos humanos	Moçambique
	1	Ligação com a sociedade civil e direitos humanos	Moçambique
	1	Comunicação - material IEC	Moçambique
	1	Gestão de programas	Moçambique
	1	Gestão política	Moçambique
	1	Metodologias de treinamento	Moçambique
	1	Comunicação social	Brasil
	1	Epidemiologia e fonte de dados	Brasil
	2	Prevenção	Brasil
	2	Epidemiologia	Brasil
	2	Gestão	Brasil
	1	Prevenção/diversidade sexual	Brasil
	1	Cuidados domiciliários e apoio a PVHS	Brasil
	1	Cuidado e tratamento do HIV	Brasil
Total	22		

Um total de 24 profissionais participaram da formação no Brasil, entre técnicos do NPCS, pontos focais das CDCS, técnicos do CNCS, técnicos da função pública nos diversos setores e gestores do estado e de organizações não-governamentais, conforme mostra o quadro 39 a seguir. Um dos pontos focais formados em 2013, participou como facilitador na formação de 2014.

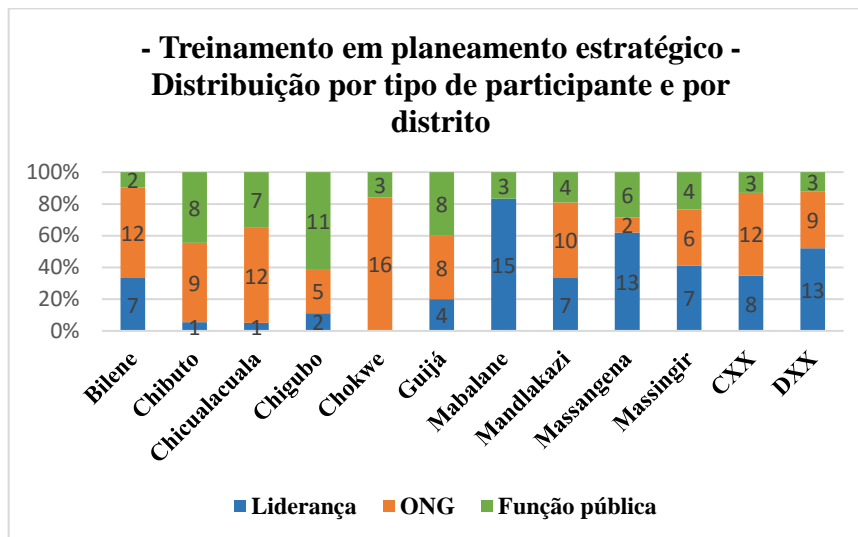
Quadro 39: Caracterização dos técnicos formados em planeamento estratégico no Brasil

Nº	Instituição	Posição	N	
			2013	2014
1	Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA	Técnicos	4	2
2	Comissão Distrital de Combate ao HIV/SIDA	Ponto focal	4	3
3	Direções Provinciais: Saúde, Educação, Ação social, Comunicação social	Ponto focal	1	3
4	CNCS	Técnico	1	1
5	Governo de Gaza	Gestor	0	1
6	Direção Provincial de Saúde	Gestor	0	1
7	Organização da Sociedade Civil	Gestor	0	3
Total			10	14

No âmbito dos distritos, o público alvo das formações foram as lideranças, profissionais da função pública e sociedade civil, entretanto observou-se que cada CDCS priorizou diferentes públicos para esta formação. Distritos como Mabalane, Massangena

e Xai Xai privilegiaram lideranças. Chigubo privilegiou a função pública enquanto que Chicualacuala e Chokwe privilegiaram a sociedade civil, sendo que este último não incluiu as lideranças na sua formação, conforme pode ser observado na figura 11 a seguir:

Figura 30: Treinamento em planeamento estratégico - Distribuição por tipo de participante e por distrito



O NPCCS reconhece que a ampliação da estratégia para uma abordagem multissetorial foi benéfica no sentido de ter mais atores a conjugarem do mesmo conhecimento e ferramentas, entretanto enfatiza que há desafios de ordem pessoal, institucional, recursos humanos e financeiros que precisam ser considerados, conforme mostra o excerto do Relatório anual do NPCCS – 2014:

“foi uma mais valia a participação da equipa multissetorial no treinamento de monitoria e planificação em São Paulo, pois permitiu ter em sua posse várias ferramentas de trabalho, mas parte delas constitui grande desafio, pois passa necessariamente pelo fortalecimento institucional, compromisso, responsabilidade, coordenação, o que pressupõe a mobilização de recursos humanos, materiais e financeiros”

3) Que tipo de alterações ocorreram no decurso do projeto?

Analisando os relatórios, a implementação do projeto aparenta ter seguido conforme delineado. Durante o decorrer do projeto ocorreram três reuniões do Comité de Coordenação Conjunta ²⁶. Na segunda reunião ocorrida em 23 de Julho de 2013, foram

²⁶ Comité de Coordenação Conjunta (Minuta de Discussão, 2011): Criado para facilitar a coordenação entre as instâncias envolvidas, com o objetivo de aprovar o plano anual de trabalho, rever os progressos do projeto,

propostas e aprovadas as alterações nas descrições e um indicador (Indicador 2 do Resultado 1) e três atividades (1-4, 1-6 e 2-3), assim como foi acrescentada uma atividade (1-8) que não constava no documento inicial, de maneira a responder a um dos indicadores (1-2), conforme pode ser visualizado no quadro 40:

Quadro 40: Itens do projeto modificados por componente e ano de alteração

Componente	Descrição original	Modificado	Ano
Resultado 1, Indicador 1-2:	Número de parceiros implementadores/provedores de serviços que submetem formulários de informação de preservativos aos pontos focais distritais, ou ao Núcleo Provincial Combate ao SIDA Gaza	Número de parceiros implementadores/provedores de serviços que solicitam preservativos aos pontos focais distritais, DPM/DDM ou ao Núcleo Provincial Combate ao SIDA Gaza	2013
Atividade 1-4	Partilhar a informação com o CNCS	Partilhar a informação com o CNCS e parceiros	2013
Atividade 1-6	Promover diálogo entre parceiros implementadores através da partilha de informação e lições aprendidas nos encontros de coordenação no NPCCS	Realizar encontros de coordenação provincial para partilha de informação, lições aprendidas e boas práticas	2013
Atividade 1-8	----	Promover a logística e distribuição de preservativos nos distritos	2013
Atividade 2-3	Realizar formações para os pontos focais distritais	Realizar formações para os pontos focais distritais e parceiros	2013

- 4) Que tipo de constrangimentos ou problemas surgiram no decorrer do projeto e quais foram as soluções identificadas?

Vinte e três constrangimentos foram reportados durante a vigência do projeto (quadro 41), que afetaram diretamente na implementação das atividades, sendo que os mais relevantes foram: as cheias do rio Limpopo em Janeiro de 2013, alta rotatividade dos pontos focais e os processos eleitorais municipais e nacionais no segundo semestre de 2013 e 2014 respetivamente.

realizar a monitoria e avaliação do projeto, reuniam-se em uma base anual. Membros do Comité pelo Governo de Moçambique: Presidente do NPCCS de Gaza; Secretária Permanente do Governo de Gaza, Secretário Executivo do CNCS; Chefes das Unidades de Administração e de Comunicação do CNCS; Coordenador do NPCCS de Gaza; Diretores Provinciais da Saúde; Mulher Ação Social; Juventude e Desporto; Educação. Membros pelo Governo Japonês: Representante Residente da JICA, Assessores da JICA; Representante da Embaixada do Japão como observador. A participação de outros atores a convite do NPCCS ou da JICA, era feito conforme necessidade.

Quadro 41: Constrangimentos e soluções reportados durante a vigência do projeto, por ano e fonte de informação

	Constrangimentos	Soluções	Ano	Fonte
1	As lideranças tem pouco conhecimento sobre o papel dos pontos focais nos distritos;	Apresentado o papel do ponto focal e o documento do Ministério da Administração Estatal que define a locação de um ponto focal por distrito, nas reuniões de coordenação e planificação provincial e distritais;	2012	Relat I e II -JICA
2	Fraca coordenação entre pontos focais e parceiros de implementação;	Realizada reunião de coordenação e planificação provincial entre NPCCS, parceiros de implementação e pontos focais das CDCS, assim como reuniões distritais entre pontos focais distritais e parceiros de implementação nos distritos piloto;	2012	Relat I e II -JICA
3	Alta rotatividade dos pontos focais distritais: mudança dos pontos focais de Mandlakaze, Bilene, Guijá e Massangena no momento da implementação e da Cidade de Xai Xai e dos Distritos de Massingir e Chigubo ao longo do ano.	A mudança dos pontos focais deveu-se em parte à determinação do Ministério da Administração Estatal por meio do Ofício 157/MAE034/GVM-DNAL/002/2012 em designar um ponto focal nas secretarias distritais para assegurar a implementação coordenada das acções de HIV/SIDA.	2012	Relat I e II -JICA
4	Dificuldade dos pontos focais em de cumprir prazos ou realizar atividades bem coordenadas devido à pouca disponibilidade de tempo .	Discutido com coordenador do NPCCS estratégias para melhorar actuação dos distritos em particular o Distrito de Bilene Realizadas reuniões com o ponto focal e com o Secretário Permanente e designado um suplente mas sem experiência na área do HIV/SIDA.	2012	Relat I e II -JICA
5	Redução no número de parceiros implementadores.	Financiamento de projetos para Organizações Comunitárias de Base pelo CNCS para o ano de 2013.	2012	Relat III
6	Inexistência do Assistente de Monitoria e Avaliação no NPCCS	Contratação por meio do Projeto até a viabilização de recursos financeiros pelo CNCS.	2012	Relat III
7	Dificuldade de comunicação e envio de relatórios de maneira atempada pelas CDCS ao NPCCS.	Aquisição de computadores e modems para os distritos piloto.	2012	Relat III
8	Falta de local adequado no NPCCS para o armazenamento dos preservativos	Reabilitação de espaço da casa de banho com separação dos ambientes conforme orientação do MISAU/DPS.	2012	Relat III
9	Cheias do Rio Limpopo no dia 22/01/2012. Decretado o alerta vermelho em 23/01 e todas as atividades foram canceladas pelo governo até o restabelecimento da normalidade.	Evacuação da população do Distrito de Chokwe para centros de acomodação em Chiaquelane, Macia e Chibuto.	2012	Relat IV
		Evacuação do prédio do NPCCS e de todas as instalações públicas e privadas da baixa da Cidade de Xai Xai para a região alta.	2012	Relat IV
		Sede temporária do NPCCS junto aos escritórios dos parceiros. Área financeira na Cruz Vermelha e a área administrativa e técnica no escritório da PACTO (JHU). O mobiliários e equipamentos foram armazenados na residência do coordenador.	2012	Relat IV
		Iniciaram as atividades emergenciais de socorro às vítimas em Chokwe. Governo Provincial estabelece quartel general para a gestão das calamidades na zona próxima ao Partido.	2012	Relat IV
		Dez organizações comunitárias de base que trabalham no campo do HIV/SIDA apoiadas em	2012	Relat IV

		mobiliário, equipamentos e materiais pelo projeto.		
10	Acidente fatal de trânsito envolvendo a coordenadora administrativa do projeto. Além da perda de vida humana, outras consequências foram: perda total da viatura; não retorno do motorista às atividades laborais após o acidente; sobrecarga de trabalho técnico-administrativo.	Solicitado novo coordenador administrativo e reposição de viatura.	2012	Relat IV
		Iniciado processo de procurement para aquisição do carro.	2013	Relat I
		Discutida a possibilidade de contratação de motorista para apoiar o projeto.	2013	Relat I
		Escritório da JICA providenciou consultoria de curto prazo para apoio às atividades administrativas e logísticas.	2013	Relat I
11	Assistente de Monitoria e Avaliação contratado pede demissão após 2 meses de trabalho;	Iniciado novo processo de contratação.	2013	Relat I
12	Falta de atividade específica para responder ao indicador de preservativos.	Criado nova atividade 1-8 e acordado durante a reunião da Comissão de Coordenação Conjunta: Promover a logística do preservativo masculino, feminino e assegurar a sua disponibilidade na Província.	2013	Relat II
13	Interrupção do Programa Saber Viver durante o período eleitoral.	Esperado passar o período da campanha eleitoral	2013	Relat III
14	Interrupção da janela local da TVM de Gaza pós período eleitoral, devido danos do sistema operativo.	TVM providenciou a troca do equipamento danificado.	2013	Relat III
15	Não instalação do painel no Distrito de Xai Xai, devido à falta de documentação e falta de comunicação entre as estruturas do governo local.	Administrador emitiu carta de autorização para instalação do painel e será instalado no mesmo período que os painéis de Mabalane e Mandlakazi.	2013	Relat IV
16	Indisponibilidade de fundos do NPCPS para pagamento de taxas de energia e água nos meses de Fevereiro e Março para funcionamento do escritório.	Pagamento das taxas pelo projeto, para o funcionamento efetivo do escritório e evitar a paralisação das atividades do projeto.	2013	Relat IV
17	Interrupção da janela local da TVM de Gaza e consequentemente o Programa Saber Viver devido à emissão da Copa Mundial de Futebol.	Restabelecimento após o término do Mundial.	2014	Relat I
18	Interrupção da janela local da TVM de Gaza e consequentemente o Programa Saber Viver devido ao início da campanha eleitoral em Agosto.	Restabelecimento após término do processo eleitoral.	2014	Relat II
19	Indisponibilidade do ponto focal da Cidade de Xai Xai em dedicar às atividades pois passa a trabalhar meio período devido a estudos académicos complementares.	Dialogado com a Vereadora da Saúde para possível troca do ponto focal.	2014	Relat III
20	Aumento dos custos do concurso inter-escolas de canto e dança.	Estratégia conjunta com a DPEC de redução de custos de alimentação com aquisição de produtos e elaboração das refeições no internato ao invés de aquisição de serviços.	2014	Relat III
21	Falta de orçamento no NPCPS para pagamento de energia elétrica.	Adquirido créditos de energia com recursos do projeto para os meses de Janeiro e Fevereiro.	2014	Relat IV
22	Falta de recursos financeiros do projeto para finalizar as réplicas dos distritos não apoiados pelo projeto, tendo em vista o plano de descentralização para toda a província.	Solicitado recurso extra no valor de 30.000,00 (trinta mil meticais) ao escritório da JICA em Maputo.	2014	Relat IV
23	Encerramento do contrato com Assistente de Monitoria e Avaliação, apoiado pelo projeto.	NPCPS enviou carta ao CNCS a solicitar recursos para a posição de assistente de monitoria e avaliação.	2014	Relat IV

5) Que tipos de relatórios o projeto elaborou? Que tipo de relatórios o NPCS produziu?

O projeto elaborou um total de 36 relatórios ao longo do período e o NPCS utilizou as informações desses relatórios para elaborar os relatórios anuais a serem enviados ao CNCS (quadro 42).

Quadro 42: Relatórios elaborados no âmbito do projeto e pelo NPCS por ano

Nº	Nome do documento	Tipo de documento	Anos	N
1	Relatório bimensal	Relatório - JICA	2012/13/14/15	18
2	Relatório trimestral e anexos	Relatório - JICA	2012/13/14	11
3	Relatório de descentralização do piloto	Relatório - JICA	2012/13/15	3
4	Relatório de peritos de país terceiro	Relatório - JICA	2012/13/14/15	3
5	Relatório de conclusão do projeto e anexos	Relatório - JICA	2015	1
6	Resposta Provincial ao HIV e SIDA	Relatório Anual – NPCS/Gaza	2012/13/14	3
Total				39

6) Quais foram os produtos e resultados do projeto?

Além dos relatórios elaborados, pessoas treinadas, reuniões realizadas, materiais produzidos e distribuídos descritos anteriormente, outros produtos derivaram do projeto. Um total de 33 formulários, guiões, modelos de relatórios, matrizes em diversos formatos (ex. word, excel, powerpoint) estão listados no quadro 43.

Quadro 43: Lista de outros produtos resultantes do projeto

Nº	Tipos de documentos	N
1	Formulários e matrizes	17
2	Modelos de relatórios em word	2
3	Modelos de relatórios para apresentação em powerpoint	2
4	CD de documentos estratégicos para planificação e gestão_NPCS_GAZA	1
5	Programas de treinamento em planeamento estratégico	2
6	Inventário de material IEC	1
7	Análise de material IEC	1
8	Material de formação de OCBs para Gestão de Projetos em powerpoint	1
9	Fluxogramas de informação e distribuição de preservativos	2
10	Termo de referência para o concurso inter-escolas de canto e dança	1
11	Folder JICA	1
12	Kit de treinamento em planeamento estratégico para Gaza	1
Total		33

Adicionalmente, 13 sistemas foram estabelecidos para serem utilizados pelo NPCS no processo de gestão e coordenação da resposta (quadro 44).

Quadro 44: Lista dos sistemas estabelecidos pelo projeto para uso do NPCS

Nº	Sistemas	N
1	Procedimento de mapeamento de parceiros	1
2	Estabelecimento do grupo técnico de preservativos	1
3	Reativação do grupo técnico de comunicação	1
4	Estabelecimento do grupo técnico de M&A	1
5	<i>Workshop</i> de preservativos	1
6	Treinamento em metodologias audiovisuais	1
7	Concurso de canto e dança entre escolas secundárias sobre HIV/SIDA	1
8	Treinamento em planeamento estratégico ao nível distrital	1
9	Reativação das reuniões internas do NPCS	1
10	Sistema de gestão de preservativos	1
11	Plano de descentralização	1
12	Estratégia de treinamento por pares entre pontos focais das CDCS	1
13	Estabelecimento de atividades cooperativas entre pontos focais e conscientização de apoio entre pares	1
	Total	13

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

6.1 Discussão

A discussão está focada na análise dos principais dados qualitativos, quantitativos e documentais de maneira a responder os objetivos do estudo e contribuir para uma melhor compreensão dos fatores que influenciaram na implementação do projeto de fortalecimento de capacidades na Província de Gaza. Ao percorrer as etapas da análise lógica, este processo exploratório permitiu identificar as fundamentações que deram suporte ao estudo, estabelecendo assim o potencial avaliativo da intervenção (Champagne et al., 2011a).

6.1.1 Estratégia de coordenação

O HIV/SIDA é uma pandemia que, com seus contornos e desdobramentos intrincados na área social, económica, cultural e comportamental, tem uma conformação complexa (Swanson et al., 2015) e necessita de abordagens diferenciadas. Desta maneira ações colaborativas são necessárias para uma efetiva resposta e o governo deve exercer este papel de congregar os diversos atores da resposta (Lai, 2012). Encontros regulares propiciam ambiente de troca de informação, intercâmbio e facilitam o processo de coordenação. A maioria dos entrevistados considerou que houveram encontros regulares de coordenação a nível provincial, com os vários setores e liderados pelo NPCCS. Informação corroborada pelos relatórios, onde 10 reuniões de coordenação provincial e 46 reuniões com parceiros foram realizados no período de implementação do projeto. Entretanto, a despeito do grande número de encontros, alguns participantes questionaram a efetividade dos mesmos.

No que concerne à monitoria e avaliação, a maioria dos participantes reconheceu que o NPCCS teve um bom conhecimento das organizações que trabalham com HIV/SIDA na Província e de suas atividades. Houve um aumento de 95 parceiros mapeados em 2012 para 122 em 2014, apesar disso, são poucos aqueles que submeteram seus planos operacionais e dados estatísticos. Embora o NPCCS tenha solicitado dados trimestrais aos parceiros, a percepção dos entrevistados é de que o NPCCS e as CDCS não enviaram os

relatórios, mostrando uma retroalimentação ineficaz. Por outro lado, os relatórios mostraram que muitos parceiros também não enviaram dados nem seus planos ao NPCCS. O compartilhamento de dados é importante não somente para informar, mas para verificar se as ações estão a alcançar os indicadores e resultados preconizados e permitir a tomada de decisões para a melhoria dos programas (Rutherford et al., 2010, Walport and Brest, 2011).

A despeito dos esforços do NPCCS de congregar os diversos atores, nem todos os setores estavam igualmente envolvidos. Na visão dos entrevistados, o setor público deveria estar à frente dos processos, entretanto eram poucas as ações dos setores considerados prioritários como a Saúde, Educação e Ação Social, a nível da Província. Nos distritos, a participação ficou circunscrita aos setores públicos que fazem parte da CDCS. Além disso, existiu pouca interação do Governo com o setor privado. A nível distrital, verificou-se maior atividade com este segmento no Distrito de Chokwe possivelmente devido à ECOSIDA estar sediada neste distrito. Segundo os participantes, o projeto de fortalecimento de capacidades proporcionou uma maior abrangência de parceiros, inclusive trazendo visibilidade aos setores que estavam pouco envolvidos. Os participantes referem também que houve uma melhoria na comunicação entre atores, possibilitando ter conhecimento do que era feito no terreno pela maioria dos parceiros implementadores assim como permitiu ações mais coordenadas e de maneira complementar.

6.1.2 Estratégia de descentralização

As agências e doadores internacionais tem promovido a descentralização com grande ênfase, com o intuito de trazer as decisões para perto da população (Langran, 2011). Este processo é considerado essencial para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (United Nations, 2000), e tem sido o pilar da reforma do setor público em Moçambique (República de Moçambique, 2010b, Sherr et al., 2013). As províncias tem cada vez mais autonomia, entretanto os fundos continuam centralizados (Cailhol et al., 2013). O processo de descentralização, requer recursos humanos capacitados e infraestrutura básica com materiais e equipamentos para a sua efetiva implementação. Há evidências de que programas tendem ao insucesso, quando não estão

acompanhados da melhoria em infraestrutura básica, equipamentos e recursos financeiros (Drobac et al., 2013).

Segundo os entrevistados os pontos focais ficaram motivados e com maior autonomia técnica devido às sucessivas capacitações, permitindo uma melhor interação com a própria CDCS e parceiros. Além disso, o apoio em materiais, equipamentos e transporte ao longo do período de implementação do projeto serviu como um incentivo, embora refiram que esse apoio não foi suficiente. Apesar desta motivação, referem grandes constrangimentos relacionados aos recursos humanos. A falta de recursos humanos qualificados não é um problema específico de Gaza, mas um problema global conforme identificado em muitos estudos (Labonte et al., 2015, Willcox et al., 2015, Cailhol et al., 2013). Quando se fala em recursos humanos na área do HIV, a literatura geralmente faz referência aos recursos humanos em saúde. Entretanto os técnicos do NPCS e pontos focais, apesar de desempenharem papel importante na coordenação da resposta, não são classificados nesta categoria (WHO, Sweeney et al., 2014, Cailhol et al., 2013), a não ser aqueles que são técnicos de medicina e acumulam funções. Os constrangimentos citados pelos entrevistados foram sobreposição de tarefas, falta de equipa de trabalho, alta mobilidade e que são corroborados pela literatura (Cailhol et al., 2013, Willcox et al., 2015). Somado a isso, a falta de um enquadramento legal que permita a progressão na carreira foi citado como inibidor da retenção na posição como ponto focal.

Embora o processo de descentralização tenha avançado em Moçambique e as províncias gozem de certa autonomia, os fundos continuam centralizados (Francisco, 2010). Na opinião dos participantes, algumas ações poderiam ser incorporadas no Plano Económico e Social dos Distritos (PESOD), mas para que isso aconteça referem que as lideranças locais precisam estar mais envolvidas para que as ações sejam efetivamente incorporadas nos planos setoriais. Desta maneira, é possível inferir que, enquanto o governo estiver dependente de recursos externos e não tiver um plano económico que possibilite o financiamento de ações com recursos nacionais, a sustentabilidade financeira ainda é um tema bastante frágil e a descentralização não ocorre na sua totalidade.

6.1.3 Estratégia de comunicação

Comunicação é um componente importante da resposta ao HIV/SIDA pois vários estudos demonstram que promove o aumento do conhecimento (Rimal et al., 2015), a

redução do estigma e discriminação (Hutchinson et al., 2007), o aumento do uso do preservativo (Hearst et al., 2012) e hábitos saudáveis para mudança do comportamento (Hearst et al., 2012, Kaufman et al., 2014). Segundo os entrevistados, a estratégia de comunicação ficou fortemente marcada pela produção do boletim com caráter informativo e educativo e com a dinamização do Grupo Técnico de Comunicação (GTC) que se traduziu em ações visíveis. Houve um maior envolvimento dos meios de comunicação, produção local de mensagens e de outros meios de comunicação como: autocolantes, painéis gigantes e concurso de canto e dança na tentativa de alcançar mais a população. A maneira como a informação chega à comunidade faz toda a diferença em uma estratégia de comunicação.

Os grupos referiram que a rádio é o meio mais comum por onde a população tem recebido informações sobre o HIV/SIDA, e isto é também referido na literatura (Jesmin et al., 2013). Segundo os participantes, a rádio nacional traz informações gerais enquanto as rádios comunitárias têm programas específicos e em língua local, geralmente apoiadas por organizações não-governamentais. Entretanto, enfatizaram que o ativista é meio mais eficiente de fazer chegar a informação, pois essa intercomunicação pessoal possibilita ter a certeza de que informação chegou até a pessoa e também esclarecer as dúvidas, conforme mostram alguns estudos (Muhamadi et al., 2011, Tomori et al., 2014).

Independente do meio de comunicação, um aspeto importante a ser considerado que ficou bastante evidente foi o uso da língua local, e o respeito aos usos e costumes na transmissão das mensagens. O projeto havia previsto a produção e tradução de materiais em língua local, mas esta atividade não aconteceu pois GTC definiu que não haveria necessidade de produzir materiais escritos em língua local, tendo em vista a dificuldade da população na leitura e compreensão devido à baixa escolaridade, assim como a experiência de outros parceiros implementadores. A falta de informação e pouca literacia é reportada como um dos desafios pelos participantes e corroborada por estudos no tema (Ciampa et al., 2012b). Entretanto, um estudo realizado em Moçambique sugere que os insucessos nas estratégias de comunicação na África se devem entre outras coisas, à falta de reconhecimento e integração das normas culturalmente sancionadas de comunicação, bem como aspetos da visão de mundo tradicional (Chimbutane, 2012). Isto leva à reflexão de que embora os materiais escritos possam não ser a melhor abordagem, mensagens orais por meio da rádio, televisão e pelos activistas devem ser amplamente explorados. Outros

desafios para a comunicação citados na literatura como: considerar o HIV um mito ou tabu (Tenkorang, 2013), as dificuldades de acesso à informação (Ciampa et al., 2012a) seja por barreiras linguísticas ou geográficas (Lankowski et al., 2014), ou pela falta do meio de comunicação, também foram mencionados pelos grupos.

6.1.4 Aspectos do fortalecimento de capacidades que podem ser evidenciados

Sistema e infraestrutura

A divulgação de documentos essenciais é a base para o fortalecimento dos sistemas. O Plano Estratégico Nacional (PEN), contém as diretrizes e políticas que norteiam as prioridades, e deve ter suas linhas de ação refletidas no Plano Operacional Anual (POA). Sem a divulgação desses documentos, dificilmente os diferentes atores poderão implementar estratégias que respondam às necessidades do país, e os participantes referiram uma fraca divulgação do POA em ambos os níveis.

Outro aspecto a ser considerado é o envolvimento e apropriação das lideranças, que tem reflexo direto na tomada de decisões, na alocação de recursos e na priorização das ações (Drobac et al., 2013). A apropriação do problema pelos governantes trazem melhores resultados, comparados com a não apropriação e inclusive negação do problema, como foi possível verificar num estudo comparativo entre o Brasil e África do Sul (Nunn et al., 2012). Segundo os participantes, o Governador e Administradores tem-se envolvido mais nos assuntos relacionados ao HIV/SIDA na Província de Gaza, que os Secretários Permanentes que tem uma função executiva. Os relatórios programáticos demonstraram que na vertente técnica, o Governador tem liderado os encontros anuais para balanço das atividades, e no cenário político tem participado no lançamento de programas estratégicos e nos eventos do 1 de Dezembro.

Boas condições de trabalho traduzidos pela existência de mobiliários, computadores, meios de comunicação, transporte, consumíveis e aporte financeiro também foram referidos pelos entrevistados como parte deste fortalecimento. A probabilidade de insucesso dos programas quando há falta de infraestrutura básica, recursos humanos, financeiros e o estabelecimento de redes e sistemas já tem sido documentada (Drobac et al., 2013).

A efetiva resposta ao HIV/SIDA, depende diretamente da existência de recursos para as suas atividades. A falta de autonomia do governo sobre os recursos financeiros que é também citada na literatura (Cailhol et al., 2013) e a dependência a fundos externos são referidos pelos entrevistados como fatores que dificultaram o processo de coordenação. Estudos demonstram que fundos verticais, embora tragam benefícios substanciais ao governo, geram sistemas paralelos que ao cumprir a agenda dos doadores, causam a duplicação de esforços e sobrecarga no sistema (Grépin, 2012, Hog, 2014, Luboga et al., 2016). Além disso, alguns autores (Mussa et al., 2013) referem que a falta de transparência e dificuldade de negociação no uso desses fundos convergem para o surgimento de iniquidades no sistema de saúde.

O HIV/SIDA é primeira causa de morte prematura em Moçambique (IHME, 2013a), entretanto, não existe no país um sistema robusto para o financiamento das ações para o seu combate. Grande parte da sua resposta (95%) tem sido financiada por fontes externas (Vermund et al., 2012b, Vassall et al., 2013). As prioridades programáticas também são definidas de acordo com as fontes de recursos, sendo a maior parcela (40%) voltada para o cuidado e tratamento e a menor (17%) para o fortalecimento dos sistemas e coordenação (CNCS, 2014).

Estrutura organizacional

O fortalecimento da estrutura organizacional se verifica pela melhoria na capacidade de coordenação com os diversos atores (Lai, 2012), seja no nível provincial quanto no distrital. O projeto promoveu vários encontros com uma multiplicidade de atores numa abordagem multissetorial dando visibilidade a setores não muito participativos, melhorando a interação do NPCCS com os mesmos. O mapeamento das organizações parceira permitiu o conhecimento dos atores e das atividades desenvolvidas na Província, entretanto a alimentação e retroalimentação das informações continua um desafio (Rutherford et al., 2010, Walport and Brest, 2011). Não obstante o projeto ter apoiado na produção de materiais IEC e programas, os participantes referiram a sua insuficiência para as ações da resposta. Outra vertente do fortalecimento mencionado, foi referente à capacitação institucional, na perspectiva das ferramentas de gestão que foram desenvolvidas para a melhoria dos processos internos do NPCCS. Embora estas ferramentas sejam uma peça eficaz na melhoria dos sistemas, a literatura reconhece que

leva-se tempo para a sua incorporação (Bradley et al., 2015). Apesar disso, é um elemento que ajuda a alavancar os processos para o alcance das metas.

Recursos humanos

A formação profissional foi o aspeto do fortalecimento de capacidades mais referido pela maioria dos entrevistados. Entretanto enfatizaram que a aquisição do conhecimento em si não tem seu valor, se não forem desenvolvidas as habilidades para a sua aplicação e articulação com os diferentes intervenientes. Segundo eles, essas habilidades manifestam-se na capacidade de atuarem como autoridade técnica, compartilhando saberes e solucionando problemas, tal como tem sido referido na literatura (Li et al., 2013). Além disso, sinalizaram a necessidade de existir recursos humanos em número suficiente para atender as demandas, e que é consistente com o achado de alguns autores em Moçambique (Moon et al., 2010).

Os dados revelaram que há uma disparidade na conformação técnica e quantitativa a nível provincial e distrital. Enquanto o nível provincial tem uma coordenação e técnicos para responder por diversas áreas, a nível distrital o ponto focal acaba por responder por todas as áreas (WHO, 2010). Em Chokwe o ponto focal tinha dedicação exclusiva, entretanto na Cidade de Xai Xai o ponto focal exercia a função de técnico de medicina, tendo apenas 25% de seu tempo dedicado como ponto focal. Isso afetou negativamente na resposta local, conforme cita Ferrinho em seu estudo (Ferrinho and Omar, 2006), e é um fato que também ocorre em outros distritos da Província.

Tem sido estudado que o investimento no capital humano leva ao fortalecimento dos sistemas, garantindo a sustentabilidade dos programas a longo prazo e na melhoria da resposta ao HIV/SIDA e outras enfermidades (Palen et al., 2012). Entretanto, a despeito dos vultuosos investimentos feitos em recursos humanos em saúde, existe ainda uma certa inquietação se estes investimentos realmente influenciaram no fortalecimento dos sistemas ou na melhoria dos resultados de saúde (Bowser et al., 2014).

6.1.5 Percepções sobre o papel do NPCS e pontos focais para uma efetiva resposta multissetorial ao HIV/SIDA

Para uma efetiva resposta ao HIV/SIDA, alguns requisitos são necessários como parte da capacidade de coordenação tanto dos técnicos do NPCS como dos pontos focais das CDCS. A maioria dos entrevistados apontaram para o conhecimento, também chamado *hard skills*, que são as competências técnicas necessárias para um trabalho (Robles, 2012). Nesta vertente, foram citados o domínio dos dados epidemiológicos, da língua local, da rede de serviços existentes, da legislação e outras informações relevantes relacionadas ao HIV/SIDA. Outros requisitos mencionados estão relacionados com atributos, e qualidades pessoais e interpessoais, também chamadas de *soft skills* (Robles, 2012, Charoensap-Kelly et al., 2015), e foram identificadas como: ter habilidade para a escuta e comunicação nos diversos níveis, ter disponibilidade e abertura para a solução de problemas e conflitos e ter compromisso com a causa (Chew and Cheong, 2014).

Os participantes referiram que alguns técnicos do NPCS e pontos focais das CDCS conseguem reunir estes requisitos, mas nem todos tem as habilidades necessárias para “lidar com uma área social tão sensível”. De fato, essas habilidades não são valorizadas como são os treinamentos técnicos, pois estes são assumidos como atributos inerentes à pessoa. Em um estudo realizado em 4 diferentes setores: saúde, construção, hoteleira e tecnologia de informação (State of Hawaii, 2015) verificou-se que, dentre todas as habilidades estudadas, a comunicação foi considerada a habilidade mais importante em todos os setores, seguidos da escuta e forte ética do trabalho. Além disso habilidades adicionais como: confiabilidade, construção de relacionamento com o cliente, trabalho em equipe e resolução de problemas / tomada de decisão também foram mencionadas (State of Hawaii, 2015).

6.1.6 Sustentabilidade

No campo da saúde pública, sustentabilidade é vista como uma das características organizacionais e contextuais necessárias para a manutenção, com êxito, de programas ao longo do tempo (Schell et al., 2013). Segundo os entrevistados, o crescimento profissional por meio de capacitações, melhoria da gestão interna, boas condições de trabalho e envolvimento das lideranças no processo foram fatores que motivaram o envolvimento dos técnicos no projeto e favorecem os processos de sustentabilidade. Apesar da escassez

de fundos, a maioria dos participantes referiu que há uma sustentabilidade técnica baseada no conhecimento adquirido que permite a continuidade das ações. Entretanto, esta sustentabilidade técnica se desfaz quando há deslocação desses recursos humanos treinados para outros setores ou localidades, principalmente a nível dos distritos (Ferrinho and Omar, 2006).

Somados a isso, outra questão que emergiu nas entrevistas é a própria estrutura orgânica do CNCS que formalmente chega apenas ao nível provincial (República de Moçambique, 2010b), dificultando o repasse de fundos e a cadeia de comando. Além disso, o próprio CNCS assumiu que a sua estrutura híbrida não permite uma inserção e integração completa com a estrutura do governo, trazendo constrangimentos de ordem administrativa e de alocação de fundos (Matsinhe, 2006).

Adicionalmente, referiram que é necessário haver um componente político para a continuidade das ações, o que depende essencialmente da apropriação e envolvimento contínuo dos governantes e da desconcentração de fundos. Seria necessário que o governo desenvolvesse um sistema de financiamento sólido dos programas de saúde, de maneira a proporcionar a saída gradativa dos financiadores externos, promover a sustentabilidade dos programas e melhores resultados em saúde (Vermund et al., 2012a, Bennett et al., 2015). Entretanto há desafios nesta transição, principalmente nos países em desenvolvimento, pois a depender de como é feita, pode levar ao colapso do serviço de saúde ou até de um programa inteiro (Collins and Beyrer, 2013). Alguns autores (Burrows et al., 2016) fizeram a previsão de que Moçambique terá, em 2018, apenas 19% da capacidade de fazer a transição de recursos externos para orçamento do Estado. Mesmo em 2029 não terá conseguido a transição completa como é previsto para a África do Sul, Botswana e Nigéria, ou seja ainda é distante falar-se em sustentabilidade.

6.1.7 Boas práticas do projeto

A literatura refere que é necessário o estabelecimento de padrões ou critérios para que algo seja considerado como boa prática (Athwal et al., 2014, van der Veer et al., 2014, Eskes et al., 2015). No âmbito do Projeto de Fortalecimento de Capacidades os critérios de boas práticas não foram estabelecidos. Desta maneira levou-se em consideração o que os entrevistados consideraram, sob seu ponto de vista, como boas práticas:

1) Capacitação em planeamento, monitoria e avaliação por pares: segundo os entrevistados, houve o aumento da capacidade de resposta do ponto focal, conforme verificado na seguinte fala: “um ponto focal que é dinâmico, que é mais experto, ensina os outros a superarem as lacunas, é formador dos outros, isso é muito bom”. Esta capacitação foi planeada focada primeiramente nos técnicos do NPCCS e pontos focais dos distritos piloto, de maneira a fornecer ferramentas para uma melhor coordenação. Entretanto, ao analisar a primeira capacitação, a equipa de especialistas do projeto compreendeu que havia necessidade do envolvimento de outros parceiros estratégicos. No segundo ano, houve a inclusão de ponto focais dos setores estratégicos do governo e sociedade civil, com um aumento de 10 para 14 treinandos. Após análise desta etapa, os especialistas concluíram que a criação de um grupo de facilitadores e a formação regional por pares poderia contribuir para a sustentabilidade das ações. Desta maneira, foram formados 11 facilitadores provinciais e um total de 318 pessoas foram treinadas em todos os distritos, entre pontos focais das CDCS, técnicos da função pública, representantes da sociedade civil dos distritos e técnicos do CNCS e dos NPCCS das províncias vizinhas. Integrando a reflexão na prática, verifica-se claramente o uso do “*developmental evaluation*”, como uma abordagem que dá informações oportunas de maneira a apoiar a reorganização e adaptação das incertezas que emergem das intervenções dinâmicas, multidimensionais e interdependentes em ambientes complexos, conforme é descrito na literatura (Gamble, 2008, Langlois M et al., 2013).

2) Formação dos grupos técnicos: os grupos técnicos eram formados por representantes dos diferentes setores público, privado e da sociedade civil. A congregação de diversos atores da resposta em um grupo técnico, possibilitou uma contribuição equitativa na indução e apropriação dos conteúdos, na identificação dos problemas locais e na proposição de estratégias para a solução dos problemas. Neste âmbito foi referido que o grupo técnico de comunicação e o de preservativos foram os mais ativos e constantes;

3) No campo da descentralização, os participantes referiram que houve uma maior capacidade de coordenação e autonomia das CDCS, decorrente das sucessivas capacitações dos pontos focais em planificação, monitoria e avaliação, e que pode ser verificado no seguinte discurso: “parceiros internacionais, eles prestam contas diretamente

ao ponto focal ou a comissão distrital, de todas as atividades que são desenvolvidas pelo distrito”.

6.1.8 Fatores contextuais internos que influenciaram na implementação do projeto

Os entrevistados referiram que os fatores internos que influenciaram positivamente na implementação do projeto, estavam diretamente relacionados com a presença dos especialistas japoneses no NPCCS. Conforme os entrevistados, isso permitiu maior interação e comunicação com o pessoal técnico para a planificação e monitoria das atividades e na solução de problemas em tempo real. Por conseguinte, um maior conhecimento dos especialistas sobre a cultura, costumes e necessidades locais permitiu flexibilidade no uso dos recursos financeiros e na busca de idéias inovadoras. Além disso, referiram que o apoio financeiro para a participação em reuniões, capacitações nacionais e internacionais foram elementos motivadores para os técnicos do NPCCS, pontos focais e parceiros estratégicos do NPCCS. Isso possibilitou a formação de uma massa crítica e coesa com a mesma carga de conhecimento, mas com diferentes habilidades e capacidades para o fortalecimento da resposta em Gaza.

Os fatores que influenciaram negativamente a implementação do projeto foram verificados nos relatórios do projeto. Entre eles, esteve a falta de uma contraparte técnica em monitoria e avaliação durante a primeira metade do projeto, o que refletiu imediatamente nas atividades de monitoria do projeto. Embora a posição estivesse prevista, não houve alocação do CNCS por falta de fundos. Um profissional foi contratado com recursos do projeto e alinhado com as faixas salariais do governo, de maneira a possibilitar a sua retenção após o término do projeto. Entretanto não houve continuidade após o término do projeto. Importante salientar também a questão relacionada à mobilidade dos pontos focais. Em cumprimento ao ofício nº 157MAE 034/GVM-DNAL/002/2012 do Ministério da Administração Estatal, 6 CDCS designaram novos Pontos Focais em toda a Província de Gaza (Cidade de Xai-Xai, Manjacaze, Chigubo, Massangena, Massingir e Bilene) durante a vigência do projeto, impondo maiores desafios às ações de coordenação, sobretudo, no que tange ao treinamento e integração dos mesmos na resposta ao HIV nos Distritos. Outro fator que trouxe um impacto

fortemente negativo foi o acidente rodoviário que ceifou a vida da coordenadora administrativa no início do segundo ano do projeto. Não obstante a perda mais valiosa de vida humana, houve incapacitação do motorista alocado pelo NPCCS por longo período assim como a perda total da viatura.

6.1.9 Fatores contextuais externos que influenciaram na implementação do projeto

A epidemia do HIV/SIDA, na Província de Gaza, com os seus contornos culturais, comportamentais, socioeconómicos e políticos, é referido por alguns autores como um panorama de grande complexidade (Swanson et al., 2015). Desta maneira fez-se necessário compreender essa dinâmica para que perante estes desafios, os atores da resposta pudessem encontrar soluções inovadoras, custo-efetivas e sustentáveis para o seu combate. Os resultados das análises das entrevistas, grupos focais e documentais mostraram que os fatores contextuais externos que influenciaram na implementação do projeto foram culturais, comportamentais, socio-económicos e de atuação dos diversos segmentos.

Factores culturais

Alguns autores enfatizam que aspetos culturais enraizados no seio da comunidade fazem com que a mudança das práticas seja um desafio constante (Graça, 2002). A purificação da viúva (kutxinga) por meio do sexo desprotegido, é tema tabu mas que foi recorrente nas discussões dos grupos. Mesmo com a desconfiança de que o HIV foi a causa da morte, referiram que a prática é perpetuada na comunidade, seja para manter a viúva na família, ou pelos interesses nos bens do falecido conforme corroborado pela vasta literatura (Audet et al., 2010, Muta'a Hellandendu, 2012, Ramjee and Daniels, 2013b, Manala, 2015), recorrendo não só a familiares como também a profissionais pagos.

O uso da medicina tradicional também foi fortemente mencionado pelos grupos. Afirmaram que, antes de ir a um centro de saúde, a população busca esses serviços para resolver todos os tipos de problema sejam espirituais ou de saúde, fato que é corroborado em muitos estudos (Audet et al., 2012, Patrão and Vasconcelos-Raposo, 2012, George et

al., 2013). Os grupos de lideranças comunitárias e da sociedade civil também referiram que, muitos médicos tradicionais tiveram capacitações e trabalham em parceria com a saúde, principalmente os ligados à Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO). Entretanto afirmaram que a despeito da utilização de lâminas individuais, há mistura do sangue fresco com as plantas medicinais em recipientes não higienizados, facilitando assim a infecção pelo HIV. Além disso, ao manterem os tratamentos caseiros, retardam a ida da pessoa ao hospital. Desta maneira os diversos estudos reforçam que a abordagem colaborativa entre a medicina tradicional e alopática pode funcionar desde que haja coordenação e treinamentos específicos (Agadjianian, 2005, Audet et al., 2012, George et al., 2013, Audet et al., 2015). Os grupos referiram que muitas pessoas acreditam que o HIV é um feitiço lançado por invejosos e por vezes confundem com a tuberculose ou outra doença qualquer, abandonando o tratamento ao menor indício de melhora dos sintomas (Patrão and Vasconcelos-Raposo, 2012). Por outro lado, há estudos que afirmam que o contacto com o médico tradicional traz benefícios emocionais e psicológicos ao doente (Fry, 2000).

Factores comportamentais

A poligamia foi apontada pelo grupo de homens e lideranças como um dos fatores de grande magnitude para a infecção do HIV. A prática reflete o modo de viver do homem africano, onde a masculinidade é enaltecida quando o homem possui mais de uma mulher. Isto leva não só à existência de pessoas com múltiplas parcerias mas também o estabelecimento de redes de parcerias múltiplas concomitantes conforme ilustrado em outros estudos (Macia et al., 2011, Muta'a Hellandendu, 2012, Lusey et al., 2014).

O uso consistente de preservativos é reconhecidamente um meio eficaz de prevenção de ITS, HIV e gravidez indesejada (UNAIDS et al., 2015). Entretanto os participantes apontaram para os desafios relacionados à pouca disponibilidade do insumo por parte do governo, principalmente no que se refere ao preservativo feminino e também quanto à sua utilização. A sociedade civil enfatizou que as mulheres relutam em ter preservativos em casa, com receio de o marido conotar a existência de um amante, visão corroborada por alguns autores (Ramjee and Daniels, 2013b). O grupo de homens revelou

que todos sabem que devem usar o preservativo, mas não o fazem admitindo que reduz o prazer, e esta afirmação é verificada também em outro estudo (Higgins and Wang, 2015).

Fraca adesão ao tratamento e serviços

A fraca adesão ao tratamento e aos serviços foi outro problema mencionado pelos grupos. A maioria dos participantes referiram que a falta de alimentação é um fator que afeta a adesão ao tratamento. Um estudo conduzido em Moçambique apontou a insegurança alimentar e pobreza como os principais fatores para a fraca adesão ao tratamento (Dawson-Rose et al., 2016). Outro estudo indica que além da fraca adesão aos serviços, a insegurança alimentar está também associada à uma elevada morbidade e piora nas condições de saúde das pessoas em tratamento anti-retroviral (Weiser et al., 2012).

Alguns participantes disseram que há uma baixa utilização dos serviços de saúde pela população masculina devido a fatores como migração para países vizinhos como a África do Sul em busca de serviço. Já a sociedade civil apontou para a baixa qualidade dos serviços e as longas distâncias a serem percorridas até chegar às unidades sanitárias, como fatores para a fraca adesão aos serviços.

Factores de vulnerabilidade

Mulheres, adolescentes e crianças foram identificadas pelos grupos de participantes como os grupos vulneráveis em Gaza. Todos os grupos foram unânimes ao afirmarem que a vulnerabilidade das mulheres está estreitamente relacionada com a questão de género, levando à submissão ao marido e familiares nas tomadas de decisão, à fragilidade e dependência económica e à exposição a violência doméstica, como também referido em diversos estudos (Villela and Barber-Madden, 2009, Agadjanian et al., 2011, Ramjee and Daniels, 2013a).

As lideranças enfatizaram que entre as raparigas, existe uma fragilidade económica que as compele ao sexo ocasional e casamentos intergeracionais, muitas vezes fomentados pela própria família (Lusey et al., 2014, Dellar et al., 2015). Quanto a vulnerabilidade das crianças, os participantes ressaltaram que isto está diretamente ligada à pobreza e orfandade conforme referem alguns autores (Meintjes et al., 2010, Campbell

et al., 2012). Com a desestruturação familiar, os grupos afirmaram que as crianças são muitas vezes submetidas ao trabalho infantil ao assumirem o papel de chefes de família e cuidadores levando, conseqüentemente, ao absenteísmo nas escolas. Os grupos referiram também que o HIV tem impacto sobre a economia local, pois afeta a capacidade laboral e produtiva do indivíduo acometido pela doença, levando à abstenção no trabalho redução do poder aquisitivo gerando uma grande vulnerabilidade económica em Gaza.

Estigma e discriminação

O estigma e medo de discriminação foram referidos pelos participantes como fatores que predispõe à negação da própria situação serológica por parte daqueles que estão infectados. Por conseguinte, esta negação induz à não revelação do sero estado à família e conseqüentemente a contaminação aos outros. Além disso, acrescentaram que o receio de ser reconhecido na comunidade e nas unidades sanitárias como seropositivo e o temor do isolamento social são causas de baixa adesão aos serviços.

Alguns estudos realizados, revelaram que o aumento de conhecimento sobre o HIV/SIDA, meios de transmissão, formas de prevenção e tratamento e sobre o direito das pessoas vivendo com HIV/SIDA são componentes importantes para a redução do estigma e discriminação (Jain et al., 2013, Mukolo et al., 2013, Jürgensen et al., 2013, Andrade and Iriart, 2015), assim como a formação de pequenos grupos de apoio entre pessoas que estão na mesma situação (Andrade and Iriart, 2015).

Papel dos diferentes atores da resposta na comunidade

Os resultados do estudo mostraram que Governo, sociedade civil e comunidade estão envolvidos de diferentes maneiras e graus nas atividades desenvolvidas na comunidade, e verificou-se que as organizações da sociedade civil têm atuado de maneira mais ativa e estruturada, principalmente as internacionais.

Os entrevistados realçaram que um papel importante desempenhado pelas organizações está na informação e educação da população. No campo da prevenção, os participantes referiram que as organizações fazem a distribuição de preservativos,

palestras e debates comunitários, aconselhamento e testagem e inclusive o treinamento dos médicos tradicionais. No campo do cuidado às PVHS, os grupos afirmaram que as organizações identificam as necessidades dos utentes e estabelecem a ligação com os serviços de saúde e apoio social. Além disso, realizam buscas ativas e apoiam nas atividades quotidianas e de cuidados domiciliários. Vários estudos tem mostrado a eficácia do uso de ativistas e conselheiros leigos na promoção da saúde, prevenção das doenças e adesão aos serviços e tratamento (Muhamadi et al., 2011, Jürgensen et al., 2013, Tomori et al., 2014). Os participantes reforçaram também a idéia de que a população prefere, ativistas da própria comunidade por estes conhecerem bem os seus usos e costumes.

Alguns participantes reconheceram que, para um bom desempenho no terreno e otimização de recursos, as organizações da sociedade civil devem coordenar as atividades entre si e com as lideranças locais. Entretanto as experiências demonstraram que o papel das ONGs internacionais na promoção do desenvolvimento dos sistemas de saúde só é possível, quando as autoridades de saúde nacionais assumem essa liderança (Mercer et al., 2014) .

A maioria dos participantes mencionou que as lideranças comunitárias desempenham um papel na facilitação das atividades que organizações e ativistas realizam no terreno, apoiando na mobilização e sensibilização da comunidade. Afirmaram que algumas lideranças realizam atividades de prevenção e divulgação de informações durante as reuniões populares e encontros religiosos na comunidade. Além disso, realizam visitas domiciliares para identificação de necessidades, e emissão de certificados de pobreza para dar acesso à alimentação e educação às PVHS e crianças órfãs e vulneráveis. Entretanto, os grupos comentaram que nem toda as lideranças percebem o seu papel e que algumas vezes dificultam os processos.

Ao analisar o papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA os participantes afirmaram que, apesar dos avanços, há pouca participação dos homens nas atividades de prevenção na comunidade e na procura dos serviços de saúde. Alguns autores sugerem que o envolvimento masculino é uma importante estratégia, por exemplo, para a redução da transmissão vertical (De Schacht et al., 2014, Nyondo et al., 2014, van den Berg et al., 2015). As mulheres por sua vez, têm desempenhado um papel importante na busca

voluntária da informação, na transmissão do conhecimento e adesão aos serviços. Apesar disso, os participantes alegaram que as mulheres ainda enfrentam muitas dificuldades no acesso às informações e serviços, devido às questões de género e empoderamento, principalmente na região sul do país.

Quando discutidos sobre o papel de cada ator na resposta ao HIV/SIDA, os participantes fizeram pouca referência às ações do governo, mostrando a pouca visibilidade do governo na comunidade. Os grupos afirmaram que as ações do governo têm maior visibilidade no campo da saúde, devido ao atendimento nas unidades sanitárias e a disponibilização de medicamentos antirretrovirais. Afirmaram também que há alguma disponibilização de alimentos às PVHS, e apoio às crianças órfãs e vulneráveis por meio da ação social, entretanto houve pouca referência sobre a atuação do Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA. Comentaram que o NPCCS faz a disponibilização de preservativos, gestão dos fundos para projetos financiados pelo governo e que está presente em atividades pontuais e específicas voltadas para as datas comemorativas como o 1 de Dezembro.

Vários foram os desafios referidos para a realização das atividades na comunidade. Verificou-se que o segmento jovem tem pouco interesse de envolverem-se nas atividades relacionadas ao HIV/SIDA, e a falta de recursos financeiros para transporte e alimentação dificulta o acesso e adesão da população aos serviços. Entretanto afirmaram que quando os ativistas fazem a busca ativa na comunidade, deparam com nomes e endereços falsos, dificultando o acesso dos ativistas às pessoas necessitadas.

Os grupos ponderaram também que as organizações não-governamentais principalmente as organizações comunitárias de base sofrem com a falta de recursos financeiros. Testemunharam que muitas delas sobrevivem com as quotas associativas e geração de rendimento, mas os valores não são suficientes para a implementação de atividades estratégicas. Poucas são as organizações que conseguem aceder a financiamentos de organizações internacionais ou a fundos do governo, e mesmo que consigam aceder a estes fundos, são recursos exíguos e descontinuados por virem em forma de projetos.

Outra questão relatada pelos participantes é a escassez de ativistas. Alegaram que há falta de uma política clara de incentivos para a retenção dos ativistas e que por conseguinte compromete a sustentabilidade das ações a longo prazo.

Contexto político ambiental

Os relatórios do projeto mostraram que as consecutivas eleições nacionais e municipais ocorridas em 2013 e 2014 respectivamente mobilizaram, além dos meios de comunicação, o contingente técnico de todos os setores e níveis para os assuntos políticos em detrimento das atividades. Com o resultado das eleições, houve a subsequente mobilidade de dirigentes e a necessidade de um trabalho de sensibilização dos novos dirigentes com a temática do HIV.

Em Janeiro de 2013, Gaza foi assolada por uma cheia do Rio Limpopo que desalojou toda a população do Distrito de Chokwe para Centros de Acomodação em Chiaquelane, Chibuto e Macia. Todos os setores do Governo e seus parceiros foram mobilizados para atuar, e o estado de emergência obrigou a cessão das atividades rotineiras para atender às demandas da catástrofe climática.

Os resultados do estudo mostraram que além do Projeto de Fortalecimento de Capacidades apoiado pelo Governo Japonês e implementado pelo Governo, há uma multiplicidade de atores a atuarem no combate ao HIV/SIDA na Província de Gaza cada qual com estratégias específicas e diversificadas. O fato de o projeto estar inserido em um sistema adaptativo complexo, impôs ao NPCS desafios adicionais ao processo de coordenação multissetorial para a resposta ao HIV/SIDA, conforme já apontado por alguns autores (Swanson et al., 2015). Desta maneira, a condução inadequada desde processo, poderia enfraquecer ainda mais o já fragilizado sistema de saúde no país (Spicer et al., 2010, Hog, 2014).

6.2 Referências a limitações do estudo

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações. Viés de seleção: Na parte quantitativa, a seleção dos participantes foi apoiada pelos

pontos focais fazendo com que estes escolhessem participantes de sua afinidade, além disso, o fato de ser um questionário de autopreenchimento pode ter trazido algum viés na motivação individual para responder às questões. Entretanto a confidencialidade das respostas foi assegurada por meio de codificação, o que determina a validade interna na obtenção de repostas válidas.

Na parte qualitativa do estudo, a seleção dos participantes dos grupos focais ficou limitada aos falantes da língua portuguesa devido ao desconhecimento da língua local pela investigadora. Este fato pode ter impedido a participação de alguns elementos, perdendo-se provavelmente alguma informação que seria útil ao estudo. Mesmo tendo o conhecimento da língua portuguesa como critério de participação, alguns participantes tiveram muita dificuldade na comunicação. Esta situação foi prevista, e para tal foram contratados assistentes de pesquisa falantes de Changana (língua local).

Viés de informação: Ao cumprir com os critérios do Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique de incluir apenas participantes maiores de 18 anos, não foi possível captar as perceções da camada de adolescentes. Foi possível observar um desequilíbrio de género, pois embora tenha sido solicitada a participação equitativa de ambos os sexos, verificou-se que o grupo de lideranças era maioritariamente masculina com apenas uma líder do sexo feminino. Isso pode sugerir que o sexo feminino tem menos acesso aos cargos de liderança e pode ter gerado algum viés nas opiniões dos grupos.

A falta de uma base de dados de monitoria e avaliação no NPCCS não permitiu aceder a todas às informações de maneira sistemática e completa, contudo, foi possível aceder a diversos documentos e atores da resposta a nível do governo, sociedade civil e comunidade. Desta maneira, foi possível recolher uma gama de informações relevantes que possibilitou análises em diferentes vertentes. A utilização de várias fontes de evidência e a triangulação de dados permitiu diminuir a incerteza de uma única fonte, tornando os achados mais robustos propiciando assim a validade interna do estudo (Minayo, 2005, Yin, 2010, Harris, 2010, Rutherford et al., 2010).

6.3 Considerações éticas

O estudo obteve a aprovação ética do Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique assim como do Conselho de Ética do IHMT conforme Anexos 13 e 14. Todos os participantes participaram voluntariamente do estudo e assinaram o termo de consentimento informado. Os documentos relacionados ao estudo ficaram fechados em local reservado de acesso restrito apenas à investigadora e serão guardados pelo tempo determinado por ambos os comités de ética ou outras normas vigentes em Moçambique. A avaliadora foi a implementadora do projeto, entretanto a distância epistemológica foi assegurada pela orientação académica de suas supervisoras.

6.4 Conclusões

O projeto de Fortalecimento de Capacidades para a Resposta do HIV na Província de Gaza estava inserido num ambiente de grande complexidade. Devido ao curto tempo do projeto assim como uma multiplicidade de atores como a GIZ, PEPFAR, USAID e outros intervenientes a atuarem na Província, não foi possível atribuir os resultados obtidos diretamente ao Projeto, pois considera-se que o fortalecimento de capacidades é um efeito a longo prazo.

Entretanto, com o apoio do projeto, a estratégia de coordenação trouxe visibilidade a alguns setores e maior fluidez na comunicação entre o NPCCS e seus parceiros. Encontros multissetoriais regulares e mapeamentos anuais permitiram ao NPCCS ter conhecimento dos parceiros de implementação e suas atividades na Província, apesar das dificuldades de receber regularmente seus planos de ação e os dados de monitoria das atividades. Por outro lado, a divulgação de documentos essenciais e o processo de retroalimentação da informação do NPCCS e CDCS aos parceiros não foi totalmente eficaz, mostrando uma comunicação deficiente por parte do Governo. Apesar dos esforços de coordenação multissetorial ficou evidente que o setor público, principalmente os chamados setores prioritários, estavam pouco envolvidos e houve pouca interação do Governo com o setor privado.

Os dados sugeriram que a estratégia de descentralização esteve diretamente ligada à existência de um ponto focal na CDCS. Esta visão está alinhada com a política de

descentralização do CNCS e determinação do Ministério da Administração Estatal de alocar um ponto focal em cada um dos distritos. Devido às sucessivas capacitações e incentivos do projeto, verificou-se maior motivação e autonomia técnica dos pontos focais. Entretanto a sobrecarga de trabalho pela falta de recursos humanos a nível dos distritos, somado à falta de um enquadramento legal para a progressão na carreira como ponto focal foram fatores apontados como dificultadores do processo de descentralização da resposta. Além disso, a indisponibilidade de fundos específicos para a resposta ao HIV/SIDA foi outro fator apontado, ficando evidente a necessidade de esforço das lideranças para que as ações na área do HIV/SIDA fossem incluídas nos planos setoriais e refletidas nos PESODs.

Os resultados sugerem que, dentre os distritos observados neste estudo, houve um melhor desempenho no Distrito de Chokwe que na Cidade de Xai Xai. É possível inferir que a disponibilidade e mobilidade dos dirigentes e pontos focais foram fatores que influenciaram neste desempenho. Entretanto há que ponderar se houve ou não um julgamento mais crítico e rigoroso na Cidade de Xai Xai comparado com o do Distrito de Chokwe.

A estratégia de comunicação ficou marcada pela produção do boletim informativo e educativo e com a dinamização do Grupo Técnico de Comunicação (GTC). A rádio foi identificada como o meio de comunicação mais abrangente para a transmissão da informação sobre o HIV para a população. As rádios comunitárias foram enfatizadas, pelo seu alcance em língua local. No entanto verificou-se que a comunicação mais eficaz foi feita por meio dos activistas, sugerindo que as estratégias para capacitação e retenção de activistas sejam intensificados. É importante ressaltar que para uma efetiva comunicação, é necessário assimilar e integrar os aspetos culturais e tradicionais valorizando a língua local principalmente na forma da comunicação oral. Desta maneira é possível transpor os desafios da pouca literacia, da linguagem, dos mitos e tabus aumentando assim o acesso da população à informação.

O envolvimento e apropriação das lideranças como Governadores e Administradores trazem reflexos diretos na tomada de decisões, na alocação de recursos e na priorização das ações. Sendo assim, é cada vez mais assertiva a participação das lideranças na condução dos encontros de balanço das atividades assim como nos

lançamentos de programas estratégicos e eventos como 1 de Dezembro, para que os líderes sejam constantemente sensibilizados para a temática do HIV.

A capacidade de resposta ao HIV/SIDA está diretamente ligada à situação administrativa e financeira das instituições sejam elas governamentais ou da sociedade civil. Há necessidade do CNCS estar completamente inserido na estrutura do Estado, e de incluir também o nível distrital em seu organograma. Assim, a cadeia de comando ficaria claramente estabelecida. Além disso, faz-se necessária a desconcentração dos recursos para os níveis provincial e distrital. Isto traria maior autonomia no uso dos recursos e direcionamento para ações estratégicas da resposta local. Para as organizações da sociedade civil, principalmente as comunitárias de base é necessário que haja políticas de alocação de fundos não só para a implementação das atividades mas também que promovam a sustentabilidade institucional.

Em termos de fortalecimento de capacidades, a formação profissional dos técnicos do NPCCS e pontos focais foi o aspeto do mais evidenciado no estudo. Entretanto os resultados sugerem que o conhecimento tem valor apenas quando é utilizado. Atributos pessoais e interpessoais como: habilidade para a escuta e comunicação, capacidade de solução de problemas e o compromisso são habilidades que os técnicos do NPCCS e pontos focais das CDCS devem desenvolver para uma melhor capacidade de coordenação. O conhecimento adquirido foi referido como um dos fatores que favorece a sustentabilidade técnica dos programas, entretanto estratégias de retenção são necessárias para evitar a mobilidade dos recursos humanos capacitados, para outros setores ou localidades ameaçando a sustentabilidade técnica.

Algumas boas práticas foram identificadas no projeto de fortalecimento de capacidades, e duas são colocadas em destaque. A capacitação em planificação, monitoria e avaliação por pares foi a estratégia mais exitosa que, após sucessivos ajustes e adaptações ao longo do projeto, produziu resultados além do esperado. Esta capacitação permitiu que o conhecimento fosse expandido para um número maior de pessoas na Província. Além disso, proporcionou a formação de uma equipe multissetorial provincial estruturada, com conhecimento harmonizado e uma estratégia de apoio mútuo por pares. A segunda estratégia identificada foi a formação dos grupos técnicos de comunicação e de preservativos. A congregação de diversos atores e seu contributo técnico concorreram

para a identificação dos problemas locais e estratégias para a sua solução, mostrando-se como componente essencial para a definição da política e fortalecimento da resposta local. Desta maneira, recomenda-se que os grupos continuem a se reunir de forma regular para discutir temas relevantes e específicos da área.

A questão da disponibilidade dos recursos humanos foi crucial para a implementação do projeto. A presença dos especialistas da JICA a trabalhar dentro das instalações do NPCCS foi indicado como fator positivo que proporcionou uma comunicação efetiva e facilitou os processos de planificação, monitoria das atividades e solução de problemas em tempo real. Portanto é importante que projetos desta natureza levem este aspeto em consideração. A existência de um membro efetivo como o assistente de monitoria e avaliação são cruciais para recolher dados dos parceiros e informar o andamento do programa na Província, assim como a existência e a retenção dos pontos focais das CDCS capacitados para uma efetiva coordenação da resposta entre os diversos intervenientes no nível distrital. Desta maneira é imperativo que o CNCS estabeleça políticas claras de absorção e retenção do pessoal, incluindo planos de treinamento contínuo, reciclagem, incentivos e outras estratégias que motivem a fixação dos profissionais em seus locais de trabalho.

Para que os atores da resposta possam encontrar soluções inovadoras, custo-efetivas e sustentáveis para o combate do HIV, é necessário que compreender em que panorama o HIV está inserido na Província de Gaza. O estudo revelou que aspetos culturais e comportamentais enraizados no seio da comunidade fazem com que a mudança das práticas seja um desafio constante. Desta maneira, estratégias que visem a capacitação e um maior envolvimento de formadores de opinião como lideranças comunitárias, religiosas e de médicos tradicionais parecem ser meios eficazes de levar a informação à comunidade e à indução de hábitos saudáveis para a mudança de comportamento.

Para a resposta ao HIV/SIDA na Província de Gaza, Governo, sociedade civil e comunidade atuaram de diferentes formas e graus de compromisso. As organizações da sociedade civil, principalmente as internacionais, desenvolveram atividades de maneira pró-ativa e estruturada nos campos da informação, prevenção, adesão aos serviços e cuidados domiciliários. Dentre as dificuldades enfrentadas, as questões estruturais da pobreza foram consideradas as mais difíceis de serem resolvidas pois têm reflexo no

acesso da população aos serviços de saúde e ao tratamento. Por outro lado, também as organizações sofreram com a falta de recursos financeiros e com a escassez de ativistas. Desta maneira, são necessárias políticas específicas para a sustentabilidade das organizações, principalmente as de base comunitária, bem como políticas de capacitação e retenção de ativistas, de maneira a não haver descontinuidade nas atividades comunitárias.

As lideranças comunitárias desempenharam um papel importante na facilitação das atividades que organizações e ativistas realizam no terreno, apoiando na mobilização e sensibilização da comunidade. Para tal, capacitações contínuas e o envolvimento integral deste contingente são necessários de forma a que possam ter um papel ainda mais pró-ativo como agentes de mudança.

Na comunidade, observou-se que as mulheres são as que voluntariamente procuram a informação, transmitem o conhecimento e aderem aos serviços e ao tratamento, sendo forças motrizes de mudança no seio da família e da comunidade. No entanto, questões de género e baixa capacidade decisória que prevalecem no sul do país dificultam um maior envolvimento das mulheres. Adicionalmente, há pouca participação do homem seja na procura dos serviços, seja nas atividades de prevenção na comunidade. Evidências empíricas sugerem que um maior envolvimento dos homens nos programas de promoção e prevenção à saúde proporcionaria melhor acesso à informação, aos serviços e apoiaria em estratégias como o de redução da transmissão vertical (De Schacht et al., 2014, Nyondo et al., 2014, van den Berg et al., 2015). Ações conjuntas com formadores de opinião e um maior esclarecimento da comunidade principalmente do sexo masculino, podem induzir o aumento do conhecimento. Com isso espera-se que haja redução do estigma e discriminação, maior uso de práticas saudáveis que reduzam os comportamentos de risco, trazendo melhores resultados na saúde e efeitos positivos na capacidade produtiva da população.

A pouca visibilidade das ações do governo na comunidade restringiram-se ao atendimento nos serviços de saúde, disponibilização de antirretrovirais, na distribuição de alimentos às PVHS e no apoio às crianças órfãs e vulneráveis. A atuação do NPCCS cingiu-se à disponibilização de preservativos, gestão dos fundos para projetos financiados pelo governo e em atividades pontuais e específicas voltadas para as datas comemorativas

como o 1 de Dezembro. Um aspeto a realçar é que as ações do governo podem ter muita visibilidade em momentos de caos e incerteza. Nestes contextos, é importante que o NPCCS em seu papel de coordenador da resposta, tenha estratégias e planos estabelecidos em parceria com as organizações, de maneira a dar uma pronta resposta às necessidades da comunidade nos momentos de catástrofes climáticas e emergenciais assim como nos casos de exercício da democracia como são os períodos eleitorais. Desta maneira poder-se-á garantir que não haja descontinuidade das atividades estabelecidas e que a população não se ressinta dessa descontinuidade.

Estudos como este proporcionam um maior conhecimento dos fatores contextuais que facilitam ou dificultam a implementação de projetos desta natureza. Verificou-se que tanto os fatores internos quanto externos são de grande influência para o sucesso ou insucesso de uma estratégia. Desta maneira, processos de coordenação e planificação conjunta e multissetorial, que antevêm as possíveis dificuldades inerentes à geografia climática e política da região podem levar ao sucesso das intervenções. Entretanto mudanças estruturais e políticas a nível central são necessárias para que haja um ordenamento jurídico para a retenção dos recursos humanos, assim como para a sustentabilidade técnica, financeira e política dos programas de HIV/SIDA no país. Mudanças a nível provincial estão relacionadas à uma melhor capacidade de coordenação multissetorial que envolve uma comunicação mais efetiva entre os diversos setores e integração das ações e a nível distrital na incorporação das ações nos planos distritais.

Projetos bilaterais desta natureza propiciam o intercâmbio, trocas de sinergias e criação de demanda e capacidade nacional por meio da ajuda financeira. Entretanto, por serem contribuições pontuais, há aspetos a serem considerados como uma certa acomodação por parte do governo na vigência dos fundos externos. Desta maneira, as negociações devem levar em consideração uma estratégia de transição para a devida apropriação por parte do governo de maneira que o projeto seja um indutor da capacidade local, conforme preconizado pela Declaração de Paris.

Os resultados do estudo mostraram que além do Projeto de Fortalecimento de Capacidades apoiado pelo Governo Japonês e implementado pelo Governo de Gaza, havia uma multiplicidade de atores a atuarem no combate ao HIV/SIDA na Província e cada qual com estratégias específicas e diversificadas. Além disso, o projeto esteve

inserido em um sistema adaptativo complexo, impondo desafios adicionais ao processo de coordenação multissetorial para a resposta ao HIV/SIDA. Desta maneira, estes processos devem ser cuidadosamente conduzidos, de maneira a não enfraquecer ainda mais o já fragilizado sistema de saúde no país conforme sugerem alguns estudos (Spicer et al., 2010, Hog, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA 2011. *Manual Capacity Development Guidelines for Implementing Strategic Approaches and Methods in ADC*, Austrian Development Agency.
- ADIMORA, A., HUGHES, J., WANG, J., HALEY, D., GOLIN, C., MAGNUS, M., ROMPALO, A., JUSTMAN, J., DEL RIO, C., EL-SADR, W., MANNHEIMER, S., SOTO-TORRES, L. & HODDER, S. 2014. Characteristics of multiple and concurrent partnerships among women at high risk for HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 65, 99-106.
- AFRICAN UNION 2001. Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other Related Infectious Diseases
- AFRICAN UNION 2003. Maputo Declaration on Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases (ORID).
- AFRICAN UNION 2005. On a Roadmap Towards Universal Access to Prevention, Treatment and Care.
- AFRICAN UNION 2006. Abuja Call for Accelerated Action Towards Universal Access to HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria Services in Africa
- AGADIJANIAN, V. 2005. Gender religious involvment and HIV Aids Prevention in Mozambique. *Social Science & Medicine*, 61, 11.
- AGADJANIAN, V., ARNALDO, C. & CAU, B. 2011. Health Costs of Wealth Gains: Labor Migration and Perceptions of HIV/AIDS Risks in Mozambique. *Soc Forces*, 89, 1097-1117.
- AIDSTAR-TWO PROJECT 2001. Organizational Capacity Building Framework: A Foundation for Stronger, More Sustainable HIV/AIDS Programs, Organizations & Networks. *Technical brief*. January ed.: AIDSTAR-Two Project.
- AIRHIHENBUWA, C. O., SHISANA, O., ZUNGU, N., BELUE, R., MAKOFANI, D. M., SHEFER, T., SMITH, E. & SIMBAYI, L. 2011. Research capacity building: a US-South African partnership. *Glob Health Promot*, 18, 27-35.
- ALFONSO, M. L., NICKELSON, J., HOGEBOOM, D. L., FRENCH, J., BRYANT, C. A., MCDERMOTT, R. J. & BALDWIN, J. A. 2008. Assessing local capacity for health intervention. *Eval Program Plann*, 31, 145-59.
- ALUTTIS, C., DEN BROUCKE, S. V., CHIOTAN, C., COSTONGS, C., MICHELSEN, K. & BRAND, H. 2014. Public health and health promotion capacity at national and regional level: a review of conceptual frameworks. *J Public Health Res*, 3, 199.
- ANDRADE, R. & IRIART, J. 2015. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 565-574.
- ATHWAL, L., MARCHUK, B., LAFORÊT-FLIESSER, Y., CASTANZA, J., DAVIS, L. & LASALLE, M. 2014. Adaptation of a Best Practice Guideline to Strengthen Client-Centered Care in Public Health. *Public Health Nursing*, 31, 134-143.
- AUDET, C., BURLISON, J., MOON, T., SIDAT, M., VERGARA, A. & VERMUND, S. 2010. Sociocultural and epidemiological aspects of HIV/AIDS in Mozambique. *BMC Int Health Hum Rights*, 10, 15.
- AUDET, C. M., BLEVINS, M., MOON, T. D., SIDAT, M., SHEPHERD, B. E., PIRES, P., VERGARA, A. & VERMUND, S. H. 2012. HIV/AIDS-related attitudes and

- practices among traditional healers in Zambezia Province, Mozambique. *J Altern Complement Med*, 18, 1133-41.
- AUDET, C. M., HAMILTON, E., HUGHART, L. & SALATO, J. 2015. Engagement of Traditional Healers and Birth Attendants as a Controversial Proposal to Extend the HIV Health Workforce. *Curr HIV/AIDS Rep*, 12, 238-45.
- BACHMANN, M. & BOOYSEN, F. 2003. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: a cohort study. *BMC Public Health*, 3, 14.
- BALTAZAR, C., HORTH, R., INGUANE, C., SATHANE, I., CESAR, F., RICARDO, H., BOTAO, C., AUGUSTO, A., COOLEY, L., CUMMINGS, B., RAYMOND, H. & YOUNG, P. 2015. HIV prevalence and risk behaviors among Mozambicans working in South African mines. *AIDS Behav*, 19 Suppl 1, S59-67.
- BARDIN, L. 2008. *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- BASER, H., MORGAN, P., BOLGER, J., BRINKERHOFF, D., LAND, A., TASCHEREAU, S., WATSON, D. & ZINKE, J. 2008. Capacity, Change and Performance - Study Report. European Centre for Development Policy Management.
- BEAULIERE, A., TOURE, S., ALEXANDRE, P., KONE, K., POUHE, A., KOUADIO, B., JOURNY, N., SON, J., ETTIEGNE-TRAORE, V., DABIS, F., EHOLIE, S. & ANGLARET, X. 2010. The financial burden of morbidity in HIV-infected adults on antiretroviral therapy in Cote d'Ivoire. *PLoS One*, 5, e11213.
- BELL, J. S. & MARAIS, D. 2015. Participatory training in monitoring and evaluation for maternal and newborn health programmes. *Glob J Health Sci*, 7, 192-202.
- BENNETT, S., PAINA, L., SSENGOOBA, F., WASWA, D. & M'IMUNYA, J. M. 2013. The impact of Fogarty International Center research training programs on public health policy and program development in Kenya and Uganda. *BMC Public Health*, 13, 770.
- BENNETT, S., RODRIGUEZ, D., OZAWA, S., SINGH, K., BOHREN, M., CHHABRA, V. & SINGH, S. 2015. Management practices to support donor transition: lessons from Avahan, the India AIDS Initiative. *BMC Health Services Research*, 15, 1-11.
- BOFFIN, N. 2002. Health system capacity building: review of the literature.
- BOWSER, D., SPARKES, S. P., MITCHELL, A., BOSSERT, T. J., BARNIGHAUSEN, T., GEDIK, G. & ATUN, R. 2014. Global Fund investments in human resources for health: innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy Plan*, 29, 986-97.
- BRADLEY, E. H., TAYLOR, L. A. & CUELLAR, C. J. 2015. Management Matters: A Leverage Point for Health Systems Strengthening in Global Health. *Int J Health Policy Manag*, 4, 411-5.
- BROUSSELLE, A. & CHAMPAGNE, F. 2011. Program theory evaluation: Logic analysis. *Eval Program Plann*, 34, 69-78.
- BROUSSELLE, A., CONTANDRIOPOULOS, A. & HARTZ, Z. 2011. *Avaliação. Conceitos e Métodos*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- BROUSSELLE, A., CONTANDRIOPOULOS, D. & LEMIRE, M. 2009. Using Logic Analysis to Evaluate Knowledge Transfer Initiatives: The Case of the Research Collective on the Organization of Primary Care Services. *Evaluation (Lond)*, 15, 165-183.
- BROWN, L., LAFOND, A. & MACINTYRE, K. 2001. Measuring capacity building. Measure Evaluation.

- BROWN, L. L., A; MACINTYRE, K; 2001. *Measuring Capacity Building*, MEASURE Evaluation.
- BURROWS, D., OBERTH, G., PARSONS, D. & MCCALLUM, L. 2016. Transitions from donor funding to domestic reliance for HIV responses.
- CAILHOL, J., CRAVEIRO, I., MADEDE, T., MAKOA, E., MATHOLE, T., PARSONS, A. N., VAN LEEMPUT, L., BIESMA, R., BRUGHA, R., CHILUNDO, B., LEHMANN, U., DUSSAULT, G., VAN DAMME, W. & SANDERS, D. 2013. Analysis of human resources for health strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities. *Global Health*, 9, 52.
- CAMPBELL, C., SKOVDAL, M., MUPAMBIREYI, Z., MADANHIRE, C., ROBERTSON, L., NYAMUKAPA, C. & GREGSON, S. 2012. Can AIDS stigma be reduced to poverty stigma? Exploring Zimbabwean children's representations of poverty and AIDS. *Child Care Health Dev*, 38, 732-42.
- CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., CONTANDRIOPOULOS, A. & HARTZ, Z. 2011a. A Análise Lógica. In: FIOCRUZ (ed.) *Avaliação - Conceitos e Métodos* Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z. & CONTANDRIOPOULOS, A. 2011b. Modelizar as intervenções. In: FIOCRUZ (ed.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro.
- CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, A. & DENIS, J. 2011c. A Análise da Implantação. In: FIOCRUZ (ed.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z. & DENIS, J. 2011d. A avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: FIOCRUZ (ed.) *Avaliação conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CHAROENSAP-KELLY, P., BROUSSARD, L., LINDSLY, M. & TROY, M. 2015. Evaluation of a Soft Skills Training Program. *Business and Professional Communication Quarterly*.
- CHEN, H. 2012. Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement. 17-40.
- CHEW, B. H. & CHEONG, A. T. 2014. Ethnic groups difference in discriminatory attitude towards HIV/AIDS patients among medical students: a cross-sectional study. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 10, 61-69.
- CHIMBUTANE, F. 2012. Language practices in radio programs on HIV/AIDS: A call for culturally-sanctioned ways of communication. *Stellenbosch Papers in Linguistics PLUS*, 41, 15.
- CIAMPA, P. J., SKINNER, S. L., PATRICIO, S. R., ROTHMAN, R. L., VERMUND, S. H. & AUDET, C. M. 2012a. Comprehensive knowledge of HIV among women in rural Mozambique: development and validation of the HIV knowledge 27 scale. *PLoS One*, 7, e48676.
- CIAMPA, P. J., VAZ, L. M. E., BLEVINS, M., SIDAT, M., ROTHMAN, R. L., VERMUND, S. H. & VERGARA, A. E. 2012b. The Association among Literacy, Numeracy, HIV Knowledge and Health-Seeking Behavior: A Population-Based Survey of Women in Rural Mozambique. *PLoS ONE*, 7, e39391.
- CNCS 2014. Global AIDS Response Progress Report GARPR - COUNTRY PROGRESS REPORT - Mozambique. Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA - CNCS.

- COLLINS, C. & BEYRER, C. 2013. Country ownership and the turning point for HIV/AIDS. *The Lancet Global Health*, 1, e319-e320.
- CONNELL, J. & KUBISCH, A. 1998. *Applying a Theory of Change Approach to the Evaluation of Comprehensive Community Initiatives: Progress, Prospects, and Problems*, Aspen Institute.
- CONTANDRIOPOULOS, A., CHAMPAGNE, F., DENIS, J. & PINEAULT, R. 2002. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: FIOCRUZ (ed.) *Avaliação em Saúde – Dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CONTANDRIOPOULOS, D., BROUSSELLE, A. & KEDÔTÉ, N. M. 2008. Evaluating Interventions Aimed at Promoting Information Utilization in Organizations and Systems. *Health Care Policy*, 4, 19.
- CORYN, C., NOAKES, L., WESTINE, C. & SCHROTER, D. 2010. A Systematic Review of Theory-Driven Evaluation Practice From 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*, 32, 199-226.
- CRAIG, P., DIEPPE, P., MACINTYRE, S., MICHIE, S., NAZARETH, I., PETTICREW, M. & MEDICAL RESEARCH COUNCIL, G. 2008. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.
- CROSBY, R., DICLEMENTE, R. & SALAZAR, L. 2006. *Research Methods in Health Promotion*, Jossey-Bass.
- DAVARI, A., RASHIDI, A. & BAARTMANS, J. A. 2015. Nutrition Leadership Development: Capacity-Building Initiatives in Iran and the Middle-East Region Since 2009. *Front Public Health*, 3, 184.
- DAWSON-ROSE, C., GUTIN, S. A., CUMMINGS, B., JAIANTILAL, P., JOHNSON, K. & MBOFANA, F. 2016. ART Adherence as a Key Component of Prevention With Persons Living With HIV in Mozambique. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 27, 44-56.
- DE COCK, K., SIMONE, P., DAVISON, V. & SLUTSKER, L. 2013. The new global health. *Emerg Infect Dis*, 19, 1192-7.
- DE SAVIGNY, D. & ADAM, T. E. 2009. *Systems Thinking for Health System Strengthening*, Geneve, Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO.
- DE SCHACHT, C., HOFFMAN, H. J., MABUNDA, N., LUCAS, C., ALONS, C. L., MADONELA, A., VUBIL, A., FERREIRA, O. C., JR., CALU, N., SANTOS, I. S., JANÍ, I. V. & GUAY, L. 2014. High rates of HIV seroconversion in pregnant women and low reported levels of HIV testing among male partners in Southern Mozambique: results from a mixed methods study. *PLoS One*, 9, e115014.
- DEAN, H. D., MYLES, R. L., SPEARS-JONES, C., BISHOP-CLINE, A. & FENTON, K. A. 2014. A strategic approach to public health workforce development and capacity building. *Am J Prev Med*, 47, S288-96.
- DELLAR, R., DLAMINI, S. & KARIM, Q. 2015. Adolescent girls and young women: key populations for HIV epidemic control. *J Int AIDS Soc*, 18, 19408.
- DGEDGE, M., MENDOZA, A., NECOCHEA, E., BOSSEMEYER, D., RAJABO, M. & FULLERTON, J. 2014. Assessment of the nursing skill mix in Mozambique using a task analysis methodology. *Human Resources for Health*, 12.

- DIZON, J. M., GRIMMER-SOMERS, K. & KUMAR, S. 2011. Effectiveness of the tailored EBP training program for Filipino physiotherapists: a randomised controlled trial. *BMC Med Educ*, 11, 14.
- DONALDSON, S. I. 2012. *Program theory-driven evaluation science: Strategies and applications*, Routledge.
- DOZOIS, E., LANGLOIS, M. & BLANCHET-COHEN, N. 2010. *DE 201: A Practitioner's Guide to Developmental Evaluation*, The J.W. McConnell Family Foundation and the International Institute for Child Rights and Development.
- DROBAC, P. C., BASINGA, P., CONDO, J., FARMER, P. E., FINNEGAN, K. E., HAMON, J. K., AMOROSO, C., HIRSCHHORN, L. R., KAKOMA, J. B., LU, C., MURANGWA, Y., MURRAY, M., NGABO, F., RICH, M., THOMSON, D. & BINAGWAHO, A. 2013. Comprehensive and integrated district health systems strengthening: the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership. *BMC Health Serv Res*, 13 Suppl 2, S5.
- DUREVALL, D. & LINDSKOG, A. 2015. Intimate Partner Violence and HIV Infection in sub-Saharan Africa. *World Development*, 72, 27-42.
- DYE, C. 2014. After 2015: infectious diseases in a new era of health and development. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 369, 20130426.
- ESKES, G. A., LANCTÔT, K. L., HERRMANN, N., LINDSAY, P., BAYLEY, M., BOUVIER, L., DAWSON, D., EGI, S., GILCHRIST, E. & GREEN, T. 2015. Canadian stroke best practice recommendations: mood, cognition and fatigue following stroke practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 10, 1130-1140.
- FAO 2012. *FAO Approaches to Capacity Development in Programming: Processes and Tools*.
- FERRINHO, P. & OMAR, C. 2006. The Human Resources for Health Situation in Mozambique. *Africa Region Human Development*. The World Bank.
- FERRINHO, P. S., M.; GOMA, F; DUSSAULT, G.; 2012. Task-shifting: experiences and opinions of health workers in Mozambique and Zambia. *Human Resources for Health*, 10.
- FEULEFACK, J., LUCKERT, M., MOHAPATRA, S., CASH, S., ALIBHAI, A. & KIPP, W. 2013. Impact of community-based HIV/AIDS treatment on household incomes in Uganda. *PLoS One*, 8, e65625.
- FIGUEIRÓ, A., SÓTER, A., BRAGA, C., HARTZ, Z. & SAMICO, I. 2010. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 10.
- FLICK, U. 2009. *An introduction to qualitative research*, London, Sage.
- FRANCISCO, A. 2010. *Sociedade Civil em Moçambique Expectativas e Desafios*, Maputo, Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE.
- FRY, P. 2000. O espírito santo contra o feitiço e os espíritos revoltados: "Civilização" e "Tradição" em Moçambique. *Mana*, 6, 31.
- GAMBLE, J. 2008. *A Developmental Evaluation Primer* The J.W. McConnell Family Foundation.
- GEORGE, G., CHITINDINGU, E. & GOW, J. 2013. Evaluating traditional healers knowledge and practices related to HIV testing and treatment in South Africa. *BMC Int Health Hum Rights*, 13, 45.
- GIUGLIANI, C., DUNCAN, B. B., HARZHEIM, E., LAVOR, A. C., LAVOR, M. C., MACHADO, M. M., BARBOSA, M. I., BORNSTEIN, V. J., PONTES, A. L. &

- KNAUTH, D. R. 2014. Community health workers programme in Luanda, Angola: an evaluation of the implementation process. *Hum Resour Health*, 12, 68.
- GOVERNO DA PROVÍNCIA DE GAZA. 2015. Available: Disponível em: <http://www.gaza.gov.mz/gaza/> Acesso em 17 de Junho de 2015. [Accessed 17 de Junho de 2015].
- GRAÇA, F. 2002. HIV/AIDS Prevention and Care in Mozambique, a Socio-Cultural Approach: Literature and Institutional Assessment, and Case Studies on Manga, Sofala Province and Morrumbala District, Zambézia Province. UNESCO.
- GRÉPIN, K. A. 2012. HIV Donor Funding Has Both Boosted And Curbed The Delivery Of Different Non-HIV Health Services In Sub-Saharan Africa. *Health Affairs*, 31, 1406-1414.
- HAAFKENS, J., BLOMSTEDT, Y., ERIKSSON, M., BECHER, H., RAMROTH, H. & KINSMAN, J. 2014. Training needs for research in health inequities among health and demographic researchers from eight African and Asian countries. *BMC Public Health*, 14, 1254.
- HARRIS, M. 2010. *Evaluating Public and Community Health Programs*, San Francisco, Jossey-Bass.
- HAWKINS, K., PRICE, N. & MUSSA, F. 2009. Milking the cow: young women's construction of identity and risk in age-disparate transactional sexual relationships in Maputo, Mozambique. *Glob Public Health*, 4, 169-82.
- HEARST, N., KAJUBI, P., HUDES, E. S., MAGANDA, A. K. & GREEN, E. C. 2012. Prevention messages and AIDS risk behavior in Kampala, Uganda. *AIDS care*, 24, 87-90.
- HENNINK, M. 2007. *International Focus Group Research: A Handbook for the Health and Social Sciences*, New York, Cambridge University Press.
- HIGGINS, J. A. & WANG, Y. 2015. The role of young adults' pleasure attitudes in shaping condom use. *American journal of public health*, 105, 1329-1332.
- HODGSON, I., PLUMMER, M., KONOPKA, S., COLVIN, C., JONAS, E., ALBERTINI, J., AMZEL, A. & FOGG, K. 2014. A systematic review of individual and contextual factors affecting ART initiation, adherence, and retention for HIV-infected pregnant and postpartum women. *PLoS One*, 9, e111421.
- HOG, E. 2014. HIV scale-up in Mozambique: exceptionalism, normalisation and global health. *Glob Public Health*, 9, 210-23.
- HOSEGOOD, V. 2009. The demographic impact of HIV and AIDS across the family and household life-cycle: implications for efforts to strengthen families in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*, 21 Suppl 1, 13-21.
- HOSEGOOD, V., FLOYD, S., MARSTON, M., HILL, C., MCGRATH, N., ISINGO, R., CRAMPIN, A. & ZABA, B. 2007. The effects of high HIV prevalence on orphanhood and living arrangements of children in Malawi, Tanzania, and South Africa. *Popul Stud (Camb)*, 61, 327-36.
- HUNTER, D. E. K. 2006. Using a theory of change approach to build organizational strength, capacity and sustainability with not-for-profit organizations in the human services sector. *Evaluation and Program Planning*, 29, 193-200.
- HUTCHINSON, P. L., MAHLALELA, X. & YUKICH, J. 2007. MASS MEDIA, STIGMA, AND DISCLOSURE OF HIV TEST RESULTS: MULTILEVEL ANALYSIS IN THE EASTERN CAPE, SOUTH AFRICA. *AIDS Education & Prevention*, 19, 489-510.

- IHME. 2013a. *GBD Country Report - Mozambique* [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation. Available: Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_mozambique.pdf Acesso em 14 de Junho de 2015. [Accessed].
- IHME 2013b. Mozambique Country Profile.
- INE 2012. O Perfil de Desenvolvimento Humano Em Mocambique- 1997-2011. Instituto Nacional de Estatística.
- INE. 2015. *Dados Populacionais da Província de Gaza* [Online]. Instituto Nacional de Estatística. Available: Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/> Acesso em 17 de Junho de 2015. [Accessed 17 de Junho de 2015].
- INS, INE & GTM 2011. Vigilância Epidemiológica do HIV e seu Impacto Demográfico em Moçambique: Actualização, Ronda 2009. Maputo, Moçambique (GTM).
- INS, INE & MACRO, I. 2010. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique, 2009*.
- IYA, I., PUROYAKO, S. & YUSUF, G. 2012. The effects of HIV/AIDS scourge on production and income among rural households in Adamawa State of Nigeria. *Glob J Health Sci*, 4, 245-52.
- JAIN, A., NUANKAEW, R., MONGKHOLWIBOOLPHOL, N., BANPABUTH, A., TUVINUN, R., ORANOP NA AYUTHAYA, P. & RICHTER, K. 2013. Community-based interventions that work to reduce HIV stigma and discrimination: results of an evaluation study in Thailand. *J Int AIDS Soc*, 16, 18711.
- JESMIN, S. S., CHAUDHURI, S. & ABDULLAH, S. 2013. Educating Women for HIV Prevention: Does Exposure to Mass Media Make Them More Knowledgeable? *Health Care for Women International*, 34, 303-331.
- JICA 2004. Capacity Development Handbook for JICA staff. Japan International Cooperation Agency - JICA.
- JICA, GOVERNO DE GAZA & CNCS 2011. Minuta de Discussão sobre Projeto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA (NPCS) para Resposta ao HIV na Província de Gaza.
- JÜRGENSEN, M., SANDØY, I. F., MICHELO, C., FYLKESNES, K. & GROUP, Z. S. 2013. Effects of home-based voluntary counselling and testing on HIV-related stigma: findings from a cluster-randomized trial in Zambia. *Social science & medicine*, 81, 18-25.
- KALICHMAN, S., NTSEANE, D., NTHOMANG, K., SEGWABE, M., PHORANO, O. & SIMBAYI, L. 2007. Recent multiple sexual partners and HIV transmission risks among people living with HIV/AIDS in Botswana. *Sex Transm Infect*, 83, 371-5.
- KAUFMAN, M. R., RIMAL, R. N., CARRASCO, M., FAJOBI, O., SOKO, A., LIMAYE, R. & MKANDAWIRE, G. 2014. Using social and behavior change communication to increase HIV testing and condom use: the Malawi BRIDGE Project. *AIDS Care*, 26 Suppl 1, S46-9.
- KAUYE, F., CHIWANDIRA, C., WRIGHT, J., COMMON, S., PHIRI, M., MAFUTA, C., MALIWICHI-SENGANIMALUNJE, L. & UDEDI, M. 2011. Increasing the capacity of health surveillance assistants in community mental health care in a developing country, Malawi. *Malawi Med J*, 23, 85-8.
- KERBER, K., LAWN, J. E., JOHNSON, L., MAHY, M., DORRINGTON, R. E., PHILLIPS, H., BRADSHAW, D., NANNAN, N., MSEMBURI, W.,

- OESTERGAARD, M., WALKER, N., SANDERS, D. & JACKSON, D. 2013. South African child deaths 1990-2011: have HIV services reversed the trend enough to meet Millennium Development Goal 4? *AIDS*, 27, 2637-48.
- KUMARASAMY, N., VENKATESH, K., MAYER, K. & FREEDBERG, K. 2007. Financial burden of health services for people with HIV/AIDS in India. *Indian J Med Res*, 126, 509-17.
- LABONTE, R. & LAVERACK, G. 2001. Capacity building in health promotion, Part 1: For whom? And for what purpose? *Critical Public Health*, 11, 111-127.
- LABONTE, R., SANDERS, D., MATHOLE, T., CRUSH, J., CHIKANDA, A., DAMBISYA, Y., RUNNELS, V., PACKER, C., MACKENZIE, A., MURPHY, G. T. & BOURGEAULT, I. L. 2015. Health worker migration from South Africa: causes, consequences and policy responses. *Hum Resour Health*, 13, 92.
- LAI, A. Y. 2012. Organizational collaborative capacity in fighting pandemic crises: a literature review from the public management perspective. *Asia Pac J Public Health*, 24, 7-20.
- LAND, A., GREIJN, H., HAUCK, V. & UBELS, J. 2015. Reflecting on 25 years of capacity development and emerging trends. In: ECDPM (ed.) *Capacity Development Beyond Aids*. SNV Netherlands Development Organisation - European Centre for Development Policy Management (ECDPM).
- LANDMAN, K., OSTERMANN, J., CRUMP, J., MGONJA, A., MAYHOOD, M., ITEMBA, D., TRIBBLE, A., NDOZI, E., CHU, H., SHAO, J., BARTLETT, J. & THIELMAN, N. 2008. Gender differences in the risk of HIV infection among persons reporting abstinence, monogamy, and multiple sexual partners in northern Tanzania. *PLoS One*, 3, e3075.
- LANGLOIS M, BLANCHET-COHEN N & BEER T 2013. The Art of the Nudge: Five Practices for Developmental Evaluators. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 27, 20.
- LANGRAN, I. V. 2011. Decentralization, Democratization, and Health: The Philippine Experiment. *Journal of Asian and African Studies*, 46, 361-374.
- LANKOWSKI, A. J., SIEDNER, M. J., BANGSBERG, D. R. & TSAI, A. C. 2014. Impact of geographic and transportation-related barriers on HIV outcomes in sub-Saharan Africa: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 18, 1199-1223.
- LAVERGNE, R. S., J; 2001. Capacity Development - vision and implications. *Capacity Development*. Canadian International Development Agency.
- LI, J., WANG, C., MCGOOGAN, J. M., ROU, K., BULTERYS, M. & WU, Z. 2013. Human resource development and capacity-building during China's rapid scale-up of methadone maintenance treatment services. *Bull World Health Organ*, 91, 130-5.
- LIBERATO, S. C., BRIMBLECOMBE, J., RITCHIE, J., FERGUSON, M. & COVENEY, J. 2011. Measuring capacity building in communities: a review of the literature. *BMC Public Health*, 11, 850.
- LUBOGA, S. A., STOVER, B., LIM, T. W., MAKUMBI, F., KIWANUKA, N., LUBEGA, F., NDIZIHIWE, A., MUKOOYO, E., HURLEY, E. K., BORSE, N., WOOD, A., BERNHARDT, J., LOHMAN, N., SHEPPARD, L., BARNHART, S. & HAGOPIAN, A. 2016. Did PEPFAR investments result in health system strengthening? A retrospective longitudinal study measuring non-HIV health service utilization at the district level. *Health Policy and Planning*.

- LUSEY, H., SAN SEBASTIAN, M., CHRISTIANSON, M., DAHLGREN, L. & EDIN, K. E. 2014. Conflicting discourses of church youths on masculinity and sexuality in the context of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Sahara j*, 11, 84-93.
- LUSTHAUS, C. A., M; PERSTINGER, M; 1999. Capacity Development: Definitions, Issues and Implications for Planning, Monitoring and Evaluation. *Universalia Occasional Paper*, 35.
- MACIA, M., MAHARAJ, P. & GRESH, A. 2011. Masculinity and male sexual behaviour in Mozambique. *Cult Health Sex*, 13, 1181-92.
- MAMAN, S., MBWAMBO, J., HOGAN, N. & AL., E. 2002. HIV-Positive Women Report More Lifetime Partner Violence: Findings From a Voluntary Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92, 6.
- MANALA, M. 2015. African traditional widowhood rites and their benefits and/or detrimental effects on widows in a context of African Christianity. *HTS Theological Studies*, 71, 01-09.
- MATOVU, J. K., WANYENZE, R. K., MAWEMUKO, S., WAMUYU-MAINA, G., BAZEYO, W., OLICO, O. & SERWADDA, D. 2011. Building capacity for HIV/AIDS program leadership and management in Uganda through mentored Fellowships. *Glob Health Action*, 4, 5815.
- MATSINHE, C. 2006. *Tábula Rasa - Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*, Maputo, Textos Editores. Lda.
- MAYBERRY, R. M., DANIELS, P., YANCEY, E. M., AKINTOBI, T. H., BERRY, J., CLARK, N. & DAWAGHREH, A. 2009. Enhancing community-based organizations' capacity for HIV/AIDS education and prevention. *Eval Program Plann*, 32, 213-20.
- MBONDO, M., SCHERER, J., ALUOCH, G. O., SUNDSMO, A. & MWAURA, N. 2013. Organizational HIV monitoring and evaluation capacity rapid needs assessment: the case of Kenya. *Pan Afr Med J*, 14, 129.
- MCGREGOR, S., HENDERSON, K. J. & KALDOR, J. M. 2015. Capacity building in longitudinal HIV research. *Lancet Glob Health*, 3, e18-9.
- MCLAUGHLIN, J. & JORDAN, G. 1999. <Logic Model_Evaluation and program planning 1998.pdf>. *Evaluation and Program Planning*, 22, 7.
- MEINTJES, H., HALL, K., MARERA, D. & BOULLE, A. 2010. Orphans of the AIDS epidemic? The extent, nature and circumstances of child-headed households in South Africa. *AIDS Care*, 22, 40-9.
- MENDES, M., CAZARIN, G., BEZERRA, L. & DUBEUX, L. 2010. Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um Programa. In: MEDBOOK (ed.) *Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook.
- MERCER, M., THOMPSON, S. & DE ARAUJO, R. 2014. The Role of International NGOs in Health Systems Strengthening: The Case of Timor-Leste. *International Journal of Health Services*, 44, 323-335.
- MINAYO, M. O. 2005. *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- MINISTÉRIO DA FUNÇÃO PÚBLICA 2009. Estratégia de Combate ao HIV & SIDA na Função Pública 2009 – 2013. Maputo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004. Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA do Sector Saúde 2004-2008.

- MOON, T. D., BURLISON, J. R., SIDAT, M., PIRES, P., SILVA, W., SOLIS, M., ROCHA, M., ARREGUI, C., MANDERS, E. J., VERGARA, A. E. & VERMUND, S. H. 2010. Lessons learned while implementing an HIV/AIDS care and treatment program in rural Mozambique. *Retrovirology (Auckl)*, 3, 1-14.
- MORGAN, P. 1998. Capacity and capacity Development_Some Strategies. Canadian International Development Agency.
- MORGAN, P. 2006. The Concept of Capacity. European Centre for Development Policy Management.
- MORGAN, P. Q., A; 1996. Applying Results-based Management to Capacity Development. Canadian International Development Agency.
- MPOFU, M., SEMO, B. W., GRIGNON, J., LEBELONYANE, R., LUDICK, S., MATSHEDISO, E., SENTO, B. & LEDIKWE, J. H. 2014. Strengthening monitoring and evaluation (M&E) and building sustainable health information systems in resource limited countries: lessons learned from an M&E task-shifting initiative in Botswana. *BMC Public Health*, 14, 1032.
- MUHAMADI, L., TUMWESIGYE, N. M., KADOBERA, D., MARRONE, G., WABWIRE-MANGEN, F., PARIYO, G., PETERSON, S. & EKSTRÖM, A. M. 2011. A single-blind randomized controlled trial to evaluate the effect of extended counseling on uptake of pre-antiretroviral care in Eastern Uganda. *Trials*, 12, 184.
- MUKOLO, A., BLEVINS, M., VICTOR, B., VAZ, L. M., SIDAT, M. & VERGARA, A. 2013. Correlates of social exclusion and negative labeling and devaluation of people living with HIV/AIDS in rural settings: evidence from a general household survey in Zambézia Province, Mozambique. *PloS one*, 8, e75744.
- MUSSA, A. H., PFEIFFER, J., GLOYD, S. S. & SHERR, K. 2013. Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique. *Human Resources for Health*, 11.
- MUTA'A HELLANDENDU, J. 2012. CONTRIBUTORY FACTORS TO THE SPREAD OF HIV/AIDS AND IT IMPACTS IN SUB-SAHARAN AFRICAN COUNTRIES. *European Scientific Journal (Kocani)*, 8.
- NDWIGA, C., ABUYA, T., MUTEMWA, R., KIMANI, J. K., COLOMBINI, M., MAYHEW, S., BAIRD, A., MUIA, R. W., KIVUNAGA, J. & WARREN, C. E. 2014. Exploring experiences in peer mentoring as a strategy for capacity building in sexual reproductive health and HIV service integration in Kenya. *BMC Health Serv Res*, 14, 98.
- NGALULA, J., URASSA, M., MWALUKO, G., ISINGO, R. & BOERMA, J. 2002. Health service use and household expenditure during terminal illness due to AIDS in rural Tanzania. *Trop Med Int Health*, 7, 873-7.
- NJEUHMELI, E., FORSYTHE, S., REED, J., OPUNI, M., BOLLINGER, L., HEARD, N., CASTOR, D., STOVER, J., FARLEY, T., MENON, V. & HANKINS, C. 2011. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Med*, 8, e1001132.
- NJIE-CARR, V., KALENGE, S., KELLEY, J., WILSON, A., MULIIRA, J. K., NABIRYE, R. C., GLASS, N., BOLLINGER, R., ALAMO-TALISUNA, S. & CHANG, L. W. 2012. Research capacity-building program for clinicians and staff at a community-based HIV clinic in Uganda: A pre/post evaluation. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 23, 431-41.

- NSW HEALTH DEPARTMENT 2001. *A Framework for Building Capacity to Improve Health*, NSW Health Department.
- NÚCLEO PROVINCIAL DE GAZA 2014. Resposta Provincial ao HIV e SIDA - Relatório Anual. Xai Xai.
- NUNN, A., DICKMAN, S., NATTRASS, N., CORNWALL, A. & GRUSKIN, S. 2012. The impacts of AIDS movements on the policy responses to HIV/AIDS in Brazil and South Africa: a comparative analysis. *Glob Public Health*, 7, 1031-44.
- NYONDO, A. L., CHIMWAZA, A. F. & MUULA, A. S. 2014. Exploring the relevance of male involvement in the prevention of mother to child transmission of HIV services in Blantyre, Malawi. *BMC Int Health Hum Rights*, 14, 30.
- OECD 2005/2008. The Paris Declaration on Aid Effectiveness/Accra Agenda for Action.
- OECD 2006. *The Challenge of Capacity Development Working Toward Good Practices*, ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT.
- OECD 2011. Busan Partnership for Effective Development Cooperation. Busan.
- OGILVIE, D., CUMMINGS, S., PETTICREW, M., WHITE, M., JONES, A. & WHEELER, K. 2011. Assessing the Evaluability of Complex Public Health Interventions: Five Questions for Researchers, Funders, and Policymakers. *The Milbank Quarterly*, 89, 19.
- OGUNDAHUNSI, O. A., VAHEDI, M., KAMAU, E. M., ASLANYAN, G., TERRY, R. F., ZICKER, F. & LAUNOIS, P. 2015. Strengthening research capacity--TDR's evolving experience in low- and middle-income countries. *PLoS Negl Trop Dis*, 9, e3380.
- OKIHIRO, M., SEHGAL, V., WILKINSON, T., VOLOCH, K. A., ENOS, R. & O'BRIEN, J. 2014. Addressing health disparities by building organizational capacity in the community: a case study of the Wai'anae Coast Comprehensive Health Center. *Hawaii J Med Public Health*, 73, 34-9.
- ONUSIDA 2013. Distribuição da incidência de infecções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de transmissão.
- OOMMAN, N. B., M.; ROSENZWEIG, S. 2007. Following the Funding for HIV/AIDS: A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia. Center for Global Development.
- OTOO, S. A., N; BEHRENS, J; 2009. *The Capacity Development Results Framework*, World Bank.
- PALEN, J., EL-SADR, W., PHOYA, A., IMTIAZ, R., EINTERZ, R., QUAIN, E., BLANDFORD, J., BOUEY, P. & LION, A. 2012. PEPFAR, Health System Strengthening, and Promoting Sustainability and Country Ownership. *Acquir Immune Defic Syndr*, 60, 6.
- PARKER, D., JACOBSEN, K. & KOMWA, M. 2009. A qualitative study of the impact of HIV/AIDS on agricultural households in Southeastern Uganda. *Int J Environ Res Public Health*, 6, 2113-38.
- PATRÃO, A. L. & VASCONCELOS-RAPOSO, J. 2012. A diversidade de itinerários terapêuticos da população da Ilha de Moçambique—O popular, o folk e o profissional. *Africa (São Paulo)*, 11-33.
- PATTON, M. 2011a. Developmental Evaluation - Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use. The Guilford Press.

- PATTON, M. 2011b. Situation Recognition and Responsiveness - Distinguishing Simple, Complicated, and Complex. *Developmental Evaluation - Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York: Guilford Press.
- PEPFAR 2012. Capacity Building and Strengthening Framework V.2.0.
- PETTIFOR, A., REES, H., KLEINSCHMIDT, E., STEFFENSON, A., MACPHAIL, C., HLONGWA-MADIKIZELA, L., VERMAAK, K. & PADIANF, N. 2005. Young people's sexual health in South Africa_HIV prevalence and sexual behaviour from nationally representative household survey. *AIDS*, 19, 9.
- PFEIFFER, J., MONTOYA, P., BAPTISTA, A. J., KARAGIANIS, M., PUGAS MDE, M., MICEK, M., JOHNSON, W., SHERR, K., GIMBEL, S., BAIRD, S., LAMBDIN, B. & GLOYD, S. 2010. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study. *J Int AIDS Soc*, 13, 3.
- PINTO, A., VAN LETTOW, M., RACHLIS, B., CHAN, A. & SODHI, S. 2013. Patient costs associated with accessing HIV/AIDS care in Malawi. *J Int AIDS Soc*, 16, 18055.
- PRESKILL, H. & BEER, T. 2012. *Evaluating Social Innovation*, Center for Evaluation Innovation.
- RAMJEE, G. & DANIELS, B. 2013a. Women and HIV in Sub-Saharan Africa. *AIDS Research and Therapy*.
- RAMJEE, G. & DANIELS, B. 2013b. Women and HIV in Sub-Saharan Africa. *AIDS Research and Therapy*, 10, 1-9.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE 2006. Plano de Acção Para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II).
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE 2010a. Programa Quinquenal do Governo para 2010-2014.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, C. D. M. 2000. Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000-2002. Maputo.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, C. D. M. 2004. Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA. In: CNCS (ed.). Maputo.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, C. D. M. 2010b. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 – 2014. In: CNCS (ed.). Maputo.
- REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, C. N. D. C. A. H. E. S., NÚCLEO PROVINCIAL DE GAZA 2014. Resposta Provincial ao HIV e SIDA - Relatório Anual.
- REY, L., BROUSSELLE, A. & DEDOBBELEER, N. 2012. Logic Analysis: Testing Program Theory to Better Evaluate Complex Interventions. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 26, 61-89.
- REY, L., TREMBLAY, M. & BROUSSELLE, A. 2013. Managing Tensions Between Evaluation and Research: Illustrative Cases of Developmental Evaluation in the Context of Research. *American Journal of Evaluation*, 35, 45-60.
- RIMAL, R. N., CHUNG, A. H. & DHUNGANA, N. 2015. Media as Educator, Media as Disruptor: Conceptualizing the Role of Social Context in Media Effects. *Journal of Communication*, 65, 863-887.
- ROBLES, M. M. 2012. Executive Perceptions of the Top 10 Soft Skills Needed in Today's Workplace. *Business Communication Quarterly*, 75, 453-465.
- ROGERS, P. & WEISS, C. 2007. Theory-based evaluation: Reflections ten years on: Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, 2007, 63-81.

- ROSENTHAL, M. S., BARASH, J., BLACKSTOCK, O., ELLIS-WEST, S., FILICE, C., FURIE, G., GREYSEN, S. R., MALONE, S., TINNEY, B., YUN, K. & LUCAS, G. I. 2014. Building community capacity: sustaining the effects of multiple, two-year community-based participatory research projects. *Prog Community Health Partnersh*, 8, 365-74.
- ROSSI, P., LIPSEY, M. & FREEMAN, H. 1999. Tailoring Evaluations. *Evaluation a Systematic Approach*. 6th ed.: Sage.
- RUARK, A., DLAMINI, L., MAZIBUKO, N., GREEN, E. C., KENNEDY, C., NUNN, A., FLANIGAN, T. & SURKAN, P. 2014. Love, lust and the emotional context of multiple and concurrent sexual partnerships among young Swazi adults. *Afr J AIDS Res*, 13, 133-43.
- RUSSELL, S. 2004. The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Trop Med Hyg*, 71, 147-55.
- RUTHERFORD, G. W., MCFARLAND, W., SPINDLER, H., WHITE, K., PATEL, S. V., ABERLE-GRASSE, J., SABIN, K., SMITH, N., TACHÉ, S., CALLEJA-GARCIA, J. M. & STONEBURNER, R. L. 2010. Public health triangulation: approach and application to synthesizing data to understand national and local HIV epidemics. *BMC Public Health*, 10, 1-10.
- SAHAY, S., KUMAR, M., SRIKRISHNAN, A. K., RAMANATHAN, V. & MEHENDALE, S. 2014. Experiences in recruiting volunteers through community based initiatives in phase-1 vaccine trials in India. *Hum Vaccin Immunother*, 10, 485-91.
- SANCHEZ, J. L., JOHNS, M. C., BURKE, R. L., VEST, K. G., FUKUDA, M. M., YOON, I. K., LON, C., QUINTANA, M., SCHNABEL, D. C., PIMENTEL, G., MANSOUR, M., TOBIAS, S., MONTGOMERY, J. M., GRAY, G. C., SAYLORS, K., NDIP, L. M., LEWIS, S., BLAIR, P. J., SJOBERG, P. A., KUSCHNER, R. A., RUSSELL, K. L., BLAZES, D. L. & THE AFHSC-GEIS CAPACITY BUILDING WRITING GROUP 2011. Capacity-building efforts by the AFHSC-GEIS program. *BMC Public Health*, 11 Suppl 2, S4.
- SANOU, A. S., AWOYALE, F. A. & DIALLO, A. 2014. An interventional model to develop health professionals in West Africa. *Pan Afr Med J*, 18, 152.
- SCHATZ, E., MADHAVAN, S. & WILLIAMS, J. 2011. Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa. *Health Place*, 17, 598-605.
- SCHELL, S. F., LUKE, D. A., SCHOOLEY, M. W., ELLIOTT, M. B., HERBERS, S. H., MUELLER, N. B. & BUNGER, A. C. 2013. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Science*, 8, 1.
- SCHWARCZ, S. K. R., G.W.; HORVATH, H. 2015. Training for Better Management: Avante Zambézia, PEPFAR and Improving the Quality of Administrative Services Comment on "Implementation of a Health Management Mentoring Program: Year-1 Evaluation of Its Impact on Health System Strengthening in Zambézia Province, Mozambique". *International Journal of Health Policy and Management*, 4, 773-775.
- SEMRAU, M., EVANS-LACKO, S., ALEM, A., AYUSO-MATEOS, J. L., CHISHOLM, D., GUREJE, O., HANLON, C., JORDANS, M., KIGOZI, F., LEMPP, H., LUND, C., PETERSEN, I., SHIDHAYE, R. & THORNICROFT, G. 2015.

- Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med*, 13, 79.
- SGAIER, S. K., ANTHONY, J., BHATTACHARJEE, P., BAER, J., MALVE, V., BHALLA, A. & HUGAR, V. S. 2014. Strengthening government management capacity to scale up HIV prevention programs through the use of Technical Support Units: lessons from Karnataka state, India. *Glob Health Sci Pract*, 2, 444-58.
- SHAMU, S., ABRAHAM, N., TEMMERMAN, M., MUSEKIWA, A. & ZAROWSKY, C. 2011. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*, 6, e17591.
- SHARMA, A., CHILIADE, P., MICHAEL REYES, E., THOMAS, K. K., COLLENS, S. R. & RAFAEL MORALES, J. 2013. Building sustainable organizational capacity to deliver HIV programs in resource-constrained settings: stakeholder perspectives. *Glob Health Action*, 6, 22571.
- SHERR, K., CUEMBELO, F., MICHEL, C., GIMBEL, S., MICEK, M., KARIAGANIS, M., PIO, A., MANUEL, J. L., PFEIFFER, J. & GLOYD, S. 2013. Strengthening integrated primary health care in Sofala, Mozambique. *BMC Health Serv Res*, 13 Suppl 2, S4.
- SHERR, K., MUSSA, A., CHILUNDO, B., GIMBEL, S., PFEIFFER, J., HAGOPIAN, A. & GLOYD, S. 2012. Brain drain and health workforce distortions in Mozambique. *PLoS One*, 7, e35840.
- SHERR, K., PFEIFFER, J., MUSSA, A., VIO, F., GIMBEL, S., MICEK, M. & GLOYD, S. 2009. The Role of Nonphysician Clinicians in the Rapid Expansion of HIV Care in Mozambique. *Acquir Immune Defic Syndr*, 52, 4.
- SHISANA, O., REHLE, T., SIMBAYI, L., ZUMA, K., JOOSTE, S., ZUNGU, N., LABADARIOS, D. & ONOYA, D. 2014. South African National HIV Prevalence Incidence and Behaviour Survey, 2012. Cape Town.
- SIDA 2005. *Manual for Capacity Development*.
- SOBECK, J. & AGIUS, E. 2007. Organizational capacity building: addressing a research and practice gap. *Eval Program Plann*, 30, 237-46.
- SOUTHERN AFRICAN DEVELOPMENT COMMUNITY 2003. Maseru Declaration on the fight against HIV and AIDS.
- SPICER, N., ALESHKINA, J., BIESMA, R., BRUGHA, R., CACERES, C., CHILUNDO, B., CHKHATARASHVILI, K., HARMER, A., MIEGE, P., MURZALIEVA, G., NDUBANI, P., RUKHADZE, N., SEMIGINA, T., WALSH, A., WALT, G. & ZHANG, X. 2010. National and subnational HIV/AIDS coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? *Global Health*, 6, 3.
- STAME, N. 2004. Theory-Based Evaluation and Types of Complexity. *Evaluation*, 10, 58-76.
- STATE OF HAWAII, D. O. L. A. I. R. 2015. Soft Skills.
- STRATHDEE, S. & STOCKMAN, J. 2010. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. *Curr HIV/AIDS Rep*, 7, 99-106.
- STURCHIO, J. L. & COHEN, G. M. 2012. How PEPFAR's public-private partnerships achieved ambitious goals, from improving labs to strengthening supply chains. *Health Aff (Millwood)*, 31, 1450-8.

- SWANSON, R. C., ATUN, R., BEST, A., BETIGERI, A., DE CAMPOS, F., CHUNHARAS, S., COLLINS, T., CURRIE, G., JAN, S., MCCOY, D., OMASWA, F., SANDERS, D., SUNDARARAMAN, T. & VAN DAMME, W. 2015. Strengthening health systems in low-income countries by enhancing organizational capacities and improving institutions. *Global Health*, 11, 5.
- SWEENEY, S., OBURE, C. D., TERRIS-PRESTHOLT, F., DARSAMO, V., MICHAELS-IGBOKWE, C., MUKETO, E., NHLABATSI, Z., WARREN, C., MAYHEW, S., WATTS, C. & VASSALL, A. 2014. The impact of HIV/SRH service integration on workload: analysis from the Integra Initiative in two African settings. *Hum Resour Health*, 12, 42.
- TENKORANG, E. Y. 2013. Myths and misconceptions about HIV transmission in Ghana: what are the drivers? *Culture, health & sexuality*, 15, 296-310.
- THORNICROFT, G., COOPER, S., BORTEL, T. V., KAKUMA, R. & LUND, C. 2012. Capacity building in global mental health research. *Harv Rev Psychiatry*, 20, 13-24.
- THURSTON, W. & POTVIN, L. 2003. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation*, 9, 17.
- THURSTON, W. & RAMALIU, A. 2005. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 20, 1-25.
- TOMORI, C., RISHER, K., LIMAYE, R. J., VAN LITH, L. M., GIBBS, S., SMELYANSKAYA, M. & CELENTANO, D. D. 2014. A role for health communication in the continuum of HIV care, treatment, and prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 66 Suppl 3, S306-10.
- TRAM, K. & BERTRAND, J. 2014. Correlates of male circumcision in Eastern and Southern African countries: establishing a baseline prior to VMMC Scale-up. *PLoS One*, 9, e100775.
- TREVISAN, M. & HUANG, W. 2003. Evaluability assessment: a primer. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8.
- UBELS, J. A.-B., N; FOWLER, A; 2010. *Capacity Development in Practice*, Earthscan.
- UNAIDS 2014. The GAP report. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- UNAIDS, UNFPA & UNIFEM 2004. Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis.
- UNAIDS, WHO & UNFPA. 2015. *UNFPA, WHO and UNAIDS: Position statement on condoms and the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy* [Online]. Available: http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention [Accessed].
- UNDP 2009a. Handbook on Planning Monitoring and Evaluation for Development Results.
- UNDP 2009b. *Supporting capacity development: The UNDP approach*.
- UNDP 2014a. *hdr14_statisticaltables*. UNDP.
- UNDP 2014b. Strengthening National Capacity to Fight Aids, TB and Malaria in Zambia.
- UNDP 2014c. Strengthening Skills, Tools and Systems for Better Services: Emerging Lessons from Global Fund Programme Implementation in Zimbabwe.
- UNDP. 2015a. *Mozambique* [Online]. United Nations Development Program. Available: Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MOZ> . Acesso em 11 de Junho de 2015. [Accessed June, 11 2015].
- UNDP 2015b. Procurement and Supply Chain Management in Zimbabwe.

- UNITED NATIONS 2000. United Nations Millennium Declaration.
- UNITED NATIONS 2010. UN System Aid Effectiveness in Mozambique.
- VAN BELLE, S. B., MARCHAL, B., DUBOURG, D. & KEGELS, G. 2010. How to develop a theory-driven evaluation design? Lessons learned from an adolescent sexual and reproductive health programme in West Africa. *BMC Public Health*, 10, 741.
- VAN DEN BERG, W., BRITTAIN, K., MERCER, G., PEACOCK, D., STINSON, K., JANSON, H. & DUBULA, V. 2015. Improving men's participation in preventing mother-to-child transmission of HIV as a maternal, neonatal, and child health priority in South Africa. *PLoS Med*, 12, e1001811.
- VAN DER VEER, S. N., TOMSON, C. R., JAGER, K. J. & VAN BIESEN, W. 2014. Bridging the gap between what is known and what we do in renal medicine: improving implementability of the European Renal Best Practice guidelines. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 29, 951-957.
- VASSALL, A., REMME, M., WATTS, C., HALLETT, T., SIAPKA, M., VICKERMAN, P., TERRIS-PRESTHOLT, F., HAACKER, M., HEISE, L., HAINES, A., ATUN, R. & PIOT, P. 2013. Financing Essential HIV Services: A New Economic Agenda. *PLoS Med*, 10, e1001567.
- VENTURE PHILANTHROPY PARTNERS 2001. *Effective Capacity Building in Nonprofit Organizations*, Venture Philanthropy Partners.
- VERMUND, S. H., SIDAT, M., WEIL, L. F., TIQUE, J. A., MOON, T. D. & CIAMPA, P. J. 2012a. Transitioning HIV care and treatment programs in southern Africa to full local management. *AIDS*, 26, 1303-10.
- VERMUND, S. H., SIDAT, M., WEIL, L. F., TIQUE, J. A., MOON, T. D. & CIAMPA, P. J. 2012b. Transitioning HIV care and treatment programs in southern Africa to full local management. *AIDS (London, England)*, 26, 1303.
- VIAN, T., KOSEKI, S., FEELEY, F. G. & BEARD, J. 2013. Strengthening capacity for AIDS vaccine research: analysis of the Pfizer Global Health Fellows program and the International AIDS Vaccine Initiative. *BMC Health Serv Res*, 13, 378.
- VILLELA, W. & BARBER-MADDEN, R. 2009. The gender approach in community AIDS projects in Mozambique: agreement and disagreement between government and civil society. *Cad. Saúde Pública*, 25, 694-699.
- WALPORT, M. & BREST, P. 2011. Sharing research data to improve public health. *The Lancet*, 377, 537-539.
- WAMAI, R., MORRIS, B., BAILIS, S., SOKAL, D., KLAUSNER, J., APPLETON, R., SEWANKAMBO, N., COOPER, D., BONGAARTS, J., DE BRUYN, G., WODAK, A. & BANERJEE, J. 2011. Male circumcision for HIV prevention: current evidence and implementation in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*, 14, 49.
- WARREN, A. E., WYSS, K., SHAKARISHVILI, G., ATUN, R. & DE SAVIGNY, D. 2013. Global health initiative investments and health systems strengthening: a content analysis of global fund investments. *Global Health*, 9, 30.
- WEISER, S. D., TSAI, A. C., GUPTA, R., FRONGILLO, E. A., KAWUMA, A., SENKUNGU, J., HUNT, P. W., EMENYONU, N. I., MATTSO, J. E., MARTIN, J. N. & BANGSBERG, D. R. 2012. Food insecurity is associated with morbidity and patterns of healthcare utilization among HIV-infected individuals in a resource-poor setting. *AIDS*, 26, 67-75.

- WEISS, H., HALPERIN, D., BAILEY, R., HAYES, R., SCHMID, G. & HANKINS, C. 2008. Male circumcision for HIV prevention_ from evidence to action. *AIDS*, 22, 567-574.
- WHO A Global Strategy on Human Resources for Health.
- WHO 2001. *What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice*.
- WHO 2010. Human resources for health and aid effectiveness in Mozambique.
- WHO 2011. *Efficiency and effectiveness of aid flows towards health workforce development: exploratory study based on 4 case study*.
- WHOLEY, J. 1987. Evaluability assessment: Developing Program Theory. *New Directions for Program Evaluation*, 33, 16.
- WHOLEY, J., HATRY, H. & NEWCOMER, K. 2010. *Handbook of Practical Program Evaluation*, San Francisco, Jossey - Bass.
- WILLCOX, M. L., PEERSMAN, W., DAOU, P., DIAKITE, C., BAJUNIRWE, F., MUBANGIZI, V., MAHMOUD, E. H., MOOSA, S., PHALADZE, N., NKOMAZANA, O., KHOGALI, M., DIALLO, D., DE MAESENEER, J. & MANT, D. 2015. Human resources for primary health care in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Hum Resour Health*, 13, 76.
- WK KELLOGG FOUNDATION 1998. *Evaluation Handbook*, WK Kellogg Foundation.
- WK KELLOGG FOUNDATION 2004. *Logic Model Development Guide*.
- WORLD BANK 2000. REPUBLIC OF MOZAMBIQUE - A Preliminary Assessment of Damage from the Flood and Cyclone Emergency of February-March 2000.
- WORLD BANK 2005. Learning Lessons from Disaster Recovery: The Case of Mozambique. *DISASTER RISK MANAGEMENT*.
- WORLD BANK 2011. Using Knowledge Exchange for Capacity Development: What Works in Global Practice?
- WORLD BANK. 2015. *Mozambique* [Online]. Available: Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/country/mozambique/overview#2> . Acesso em 11 de Junho de 2015. [Accessed June, 11. 2015].
- YIN, R. K. 2010. *Estudos de Caso: Planejamento e métodos*, Porto Alegre, Bookman.
- YUNG, B., LEAHY, P., DEASON, L. M., FISCHER, R. L., PERKINS, F., CLASEN, C. & SHARMA, M. 2008. Capacity-building needs of minority health nonprofits. *Eval Program Plann*, 31, 382-91.
- ZHANG, X., ZHANG, Y., ALEONG, T., BAKER, T. & FULLER-THOMSON, E. 2012. Factors associated with the household income of persons living with HIV/AIDS in China. *Glob J Health Sci*, 4, 108-16.
- ZHAO, R., CHEN, R., ZHANG, B., MA, Y., QIN, X. & HU, Z. 2015. The Chinese version of monitoring and evaluation system strengthening tool for human immunodeficiency virus (HIV) capacity building: Development and evaluation. *Biosci Trends*, 9, 259-65.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de desenho do projeto

Sumário descritivo	Indicadores	Meios de Verificação	Pressupostos importantes
<Meta> (ano alvo: 2020-25) O número de novas infecções (incidência) de HIV na Província de Gaza seja reduzido	Incidência de HIV (estimada) na Província de Gaza	INSIDA -2009 (como base) e 2019 (como terminal)	- Assistências por outras entidades de ajuda para resposta do HIV não reduzam significativamente
<Objetivo do Projeto> (ano alvo: 2015) Capacidades do Núcleo Provincial Combate ao SIDA para resposta do HIV/SIDA na Província de Gaza sejam fortalecidas	<p>Número de parceiros implementadores/provedores de serviços que disponibilizam informação sobre seu plano incluindo dados de M & A ao Núcleo Provincial Combate ao SIDA Gaza.</p> <p>Novas ações ou serviços introduzidos no Núcleo Provincial Combate ao SIDA Gaza para melhorar os trabalhos de coordenação.</p> <p>Número de lições apreendidas da implementação piloto da descentralização do HIV ao nível Distrital.</p>	<p>Relatórios do Núcleo Provincial Combate ao SIDA (Anual /trimestral)</p> <p>Relatórios de progresso do Projeto</p> <p>Plano Nacional da Descentralização da Resposta do HIV/SIDA</p>	<p>- Conselho Nacional Combate ao SIDA providencie pessoal e recursos necessários para a resposta na Província de Gaza de modo a manter os benefícios providenciados pelo projeto</p>
<Resultados Esperados> Coordenação	<p>Atualizado o mapeamento dos parceiros implementadores na Província de Gaza</p> <p>Número de parceiros implementadores/provedores de serviços</p>	<p>Relatórios do Núcleo Provincial Combate ao SIDA (anual/trimestral)</p>	<p>- Constrangimentos orçamentais do Núcleo Provincial Combate ao SIDA não se deteriorem</p>

Capacidades de Núcleo Provincial Combate ao SIDA em coordenar serviços relacionados ao HIV na Província de Gaza sejam fortalecidas	<p>que submetem formulário de informação de preservativos aos pontos focais distritais ou ao Núcleo Provincial Combate ao SIDA Gaza</p> <p>Qualidade e volume de informação no relatório regular do Núcleo Provincial Combate ao SIDA ao CNCS</p> <p>Número de boas prática e lições apreendidas partilhadas entre parceiros implementadores/provedores de serviços nos encontros de coordenação no Núcleo Provincial Combate ao SIDA</p>	<p>Matriz de mapeamento dos parceiros implementadores na província de Gaza</p> <p>Relatórios do Núcleo Provincial Combate ao SIDA (anual/trimestral) e relatórios do progresso do Projeto</p> <p>Minuta dos encontros de coordenação no Núcleo Provincial Combate ao SIDA</p>	<p>- Conselho Nacional Combate ao SIDA providencie pessoal necessário para as atividades do projeto</p>
Descentralização	Plano de desenvolvimento institucional para os pontos focais distritais	Relatórios do progresso do Núcleo Provincial Combate ao SIDA (anual/trimestral) e relatórios do progresso pelo projeto	
Plano nacional de descentralização da resposta do SIDA seja melhorado para uma efetiva implementação através da realização do piloto	Número de recomendações reportados ao CNCS relativo ao processo de disseminação do plano Nacional descentralizado da resposta do HIV/SIDA	Relatórios do progresso do Núcleo Provincial Combate ao SIDA (anual/trimestral) e relatórios do progresso pelo projeto	

Comunicação

Materiais Informação, Educação e Comunicação desenvolvidos especialmente para as necessidades locais sejam disponibilizados para prevenção do HIV

Actualizado o inventário dos materiais Informação, Educação e Comunicação utilizados na prevenção do HIV na Província de Gaza.

Resultado de análise de necessidades e lacunas dos materiais de Informação, Educação e Comunicação com base no inventário

Numero de materiais de Informação, Educação e Comunicação desenvolvidos ao encontro das necessidades da Província de Gaza

Inventario dos materiais de Informação, Educação e Comunicação existentes na prevenção do HIV na Província de Gaza

Relatórios do progresso do Núcleo Provincial Combate ao SIDA (anual/trimestral) e relatórios do progresso pelo projeto

Relatórios do progresso do Núcleo Provincial Combate ao SIDA (anual/trimestral) e relatórios do progresso pelo projeto

Adaptado de : JICA - Matriz de desenho do projeto -2011

Anexo 2: Instrumento de avaliação de capacidades – CDCS

DO FORTALECIMENTO DE CAPACIDADES DO NPCS PARA A RESPOSTA DO HIV NA PROVÍNCIA DE GAZA

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DISTRITAL - CDCS

AVALIAÇÃO Quem pode preencher este instrumento:

CDCS (autoavaliação), NPCS, Instituições do Sector Público, Privado, OSC e ONGs

COD: _____

Data: ____/____/____

Distrito/Cidade: _____

Sector: () NPCS; () CDCS; () Função pública; () OSC/ONG; () Privado; () Outros _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino; () Masculino

Nível académico: () Superior completo; () superior incompleto; () médio completo;
() médio incompleto; () básico completo; () básico incompleto; () outro: _____

Trabalha na área do HIV há quantos anos: _____

Obrigado por participar deste estudo. Preencher este questionário vai ajudar-nos a perceber melhor as questões relacionadas com o **fortalecimento de capacidades** para a resposta do HIV no Distrito.

Peço para completar todas as perguntas.

Desta parte em diante, os números de **1 a 10** significam que quanto **menor o número a capacidade é FRACA** e quanto maior o número a capacidade é boa e **10 quer dizer EXCELENTE**.

Entretanto as questões **40 , 45.a, 60 e 61** são abertas e as **57 a 59** devem ser escritas em **percentuais**.

Para cada questão, há um espaço para acrescentar observações, se houver.

Circunde ou marque um dos números de 1 a 10 em cada uma das questões.

Dimensão	Área	Nº	Perguntas chaves:
Sistemas e infra estrutura	Normativa	1	A CDCS divulga a Missão do CNCS? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		2	A CDCS divulga a Visão do CNCS? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		3	A CDCS divulga os componentes estratégicos do Plano Estratégico Nacional ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		4	A CDCS divulga as leis relacionadas ao HIV/SIDA ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		5	A CDCS divulga informações sobre a política e ou a epidemia do HIV/SIDA ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		6	A CDCS divulga os documentos estratégicos e eventos relacionados ao HIV atempadamente? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		7	A CDCS divulga o Plano integrado das atividades de HIV/SIDA de todas as organizações, atempadamente? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		8	A CDCS divulga os fundos de subvenção de projetos atempadamente? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Política e ademinstrativa	9	O Administrador participa ativamente nos eventos relacionados ao HIV/SIDA e lidera a resposta como chefe maior do Distrito e Presidente da CDCS? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		10	O Secretário Permanente do Distrito participa ativamente nos eventos relacionados ao HIV/SIDA? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Infra-estrutura	11	O ponto focal tem espaço físico adequado para desempenhar suas atividades? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:

Estrutura organizacional		12	O ponto focal tem equipamentos adequados e suficientes para desempenhar suas atividades? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		13	O ponto focal tem acesso à internet fixa, móvel e telefone para desempenhar suas atividades? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		14	O ponto focal tem meios de transporte e combustível suficientes para desempenhar suas atividades? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		15	O ponto focal tem uma equipa de trabalho? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		15.1	Caso haja possibilidade de ter mais profissionais para trabalhar com o ponto focal, qual área seria importante incorporar? Escreva abaixo:
	Financeiro	16	A CDCS tem orçamento para as ajudas de custo (diárias) suficientes para desempenhar suas atividades? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		17	Que percentual de acrescimento de fundos necessitaria a CDCS para uma efetiva gestão administrativa? (Escreva abaixo em percentuais) % Obs:
		18	Que percentual de acrescimento de fundos necessitaria a CDCS para realizar todas as atividades planificadas? (Escreva abaixo em percentuais) % Obs:
		19	Qual é o percentual de dependência da CDCS de financiamento de fundos externos ao orçamento do Governo (Escreva abaixo em percentuais) % Obs:
	Coordenação	20	Existem encontros regulares da CDCS com o sector público? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:

		21	Existem encontros regulares da CDCS com os parceiros não governamentais ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		22	Existem encontros regulares da CDCS com o sector privado ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		23	Existem encontros regulares da Comissão Distrital com o NPCCS ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		24	A comunicação da CDCS com os parceiros de implementação é efetiva?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	M&A	25	A CDCS realiza reuniões de coordenação multi-sectorial ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		26	As perguntas 26 e 27, não se aplicam e foram retiradas
		27	
		28	A CDCS realiza reuniões de planificação conjunta com os parceiros de implementação ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		29	A CDCS conhece todas as organizações que trabalham com HIV/SIDA no Distrito?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	M&A	30	A CDCS conhece as atividades desenvolvidas pelas organizações que trabalham com HIV/SIDA no Distrito?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		31	A CDCS fornece os indicadores padronizados para a resposta do HIV na Província?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		32	A CDCS solicita dados trimestrais à sua instituição?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	M&A	33	A CDCS inclui os dados da sua instituição nos relatórios distritais?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	M&A	34	A CDCS envia os relatórios (trimestrais, semestrais e anuais) para os parceiros?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:

	Apoio Técnico	35	A CDCS devolve as informações solicitadas pela sua instituição, atempadamente ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		36	O ponto focal da CDCS faz visitas regulares à sua instituição, para dar apoio técnico ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		37	O ponto focal da CDCS recebe visita de apoio técnico do NPCS?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		38	A CDCS faz reuniões internas regulares de planificação e avaliação das atividades ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	Formação	39	A comunicação interna da CDCS é efetiva ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		40	A CDCS entrega os preservativos à sua instituição, na quantidade solicitada ?
	Comunicação	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		41	A CDCS entrega os preservativos à sua instituição, atempadamente ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		42	A CDCS dá treinamento/formação específica sobre HIV/SIDA?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		43	A CDCS dá treinamento/formação na área de planificação, gestão, monitoria e avaliação de programas?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		44	A CDCS dá treinamento/formação na área de gestão de projetos?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		45	esta pergunta não se aplica e foi retirada
		46	A CDCS sempre tem material IEC disponível para distribuição ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		47	O material IEC que a CDCS distribui atende às necessidades da sua instituição ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:

		<p>48 O material IEC que a CDCS distribui, é voltado para a mudança de comportamento da população?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>49 Que outro tipo de material IEC ou estratégia seria importante a CDCS produzir/implementar? Escreva abaixo:</p>
Recursos humanos	Capacidade técnica e de resposta	<p>50 Qual a capacidade de resposta do ponto focal na coordenação geral?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>51 As perguntas de 51 a 59 não se aplicam e foram retiradas</p> <p>59</p>
		<p>60 O que iria ajudar a CDCS a melhorar a sua capacidade de coordenação? Escreva abaixo:</p> <p>61 Observações a acrescentar: _____</p>

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO :

Avaliação do instrumento	Relevância	<p>62 Instrumento relevante para avaliação de capacidades da CDCS?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p>
	Abrangência	<p>63 As questões cobriram todas as áreas relevantes?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p>
	Clareza	<p>64 As questões foram formuladas com clareza?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p>

	Tamanho do questionário	65	O tamanho do questionário é adequado?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Utilidade	66	Este instrumento pode ser utilizado por outras CDCS?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Muito obrigado por participar deste estudo!

Anexo 3: Instrumento de avaliação de capacidades – NPCS

AVALIAÇÃO DO FORTALECIMENTO DE CAPACIDADES DO NPCS PARA A RESPOSTA DO HIV NA PROVÍNCIA DE GAZA

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO NÍVEL PROVINCIAL - NPCS

Quem pode preencher este instrumento:

NPCS (autoavaliação), CDCS, Instituições do Sector Público, Privado, OSC e ONGs

COD: _____

Distrito/Cidade: _____

Data: ____/____/____

Sector: ()NPCS; ()CDCS; ()Função pública; ()OSC/ONG; () Privado; () Outros _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino; () Masculino

Nível académico: () Superior completo; () superior incompleto; () médio completo;
() médio incompleto; () básico completo; () básico incompleto; () outro: _____

Trabalha na área do HIV há quantos anos: _____

Obrigado por participar deste estudo. Preencher este questionário vai ajudar-nos a perceber melhor as questões relacionadas com o **fortalecimento de capacidades** para a resposta do HIV na Província de Gaza.

Peço para completar todas as perguntas.

Desta parte em diante, os números de **1 a 10** significam que quanto **menor o número a capacidade é FRACA** e quanto maior o número a capacidade é boa e **10 quer dizer EXCELENTE**.

Entretanto as questões **40 , 45.a, 60 e 61** são abertas e as **57 a 59** devem ser escritas em **percentuais**.

Para cada questão, há um espaço para acrescentar observações, se houver.

Circunde ou marque um dos números de 1 a 10 em cada uma das questões.

Dimensão	Área	Nº	Perguntas chaves:
Sistemas e infra estrutura	Normativa	1	O NPCS divulga a Missão do CNCS?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		2	O NPCS divulga a Visão do CNCS?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		3	O NPCS divulga os componentes estratégicos do Plano Estratégico Nacional?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
		4	O NPCS divulga as leis relacionadas ao HIV/SIDA?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	Política e ademinstrativa	5	O NPCS divulga informações sobre a política e ou a epidemia do HIV/SIDA?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		6	O NPCS divulga os documentos estratégicos e eventos relacionados ao HIV atempadamente?
	Infra-estrutura	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		7	O NPCS divulga o Plano integrado das atividades de HIV/SIDA de todas as organizações, atempadamente?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	Infra-estrutura	8	O NPCS divulga os fundos de subvenção de projetos atempadamente?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		9	O Governador participa ativamente nos eventos relacionados ao HIV/SIDA e lidera a resposta como chefe maior da Província e Presidente do NPCS?
	Infra-estrutura	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		10	O Secretário Permanente da Província participa ativamente nos eventos relacionados ao HIV/SIDA?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	Infra-estrutura	11	O NPCS tem espaço físico adequado para desempenhar suas atividades?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:

		12	O NPCS tem equipamentos adequados e suficientes para desempenhar suas atividades?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		13	O NPCS tem acesso à internet fixa, móvel e telefone para desempenhar suas atividades?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		14	O NPCS tem meios de transporte e combustível suficientes para desempenhar suas atividades?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
	Financeiro	15	O NPCS tem equipa mínima nas áreas prioritárias? (Considera-se prioritárias as áreas: coordenador, gestor financeiro, contabilista, gestor de programas, planificação, monitoria e avaliação, comunicação, sociedade civil e administrativa)?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		16	O NPCS tem orçamento para as ajudas de custo (diárias) suficientes para desempenhar suas atividades?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		17	Que percentual de acrescimo de fundos necessitaria o NPCS para uma efetiva gestão administrativa? (Escreva abaixo em percentuais) % Obs:
		18	Que percentual de acrescimo de fundos necessitaria o NPCS para realizar todas as atividades planificadas? (Escreva abaixo em percentuais) % Obs:
		19	Qual é o percentual de dependência do NPCS de financiamento de fundos externos ao orçamento do Governo (Escreva abaixo em percentuais) % Obs:
Estrutura organizacional	Coordenação	20	Existem encontros regulares do NPCS com o sector público?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:
		21	Existem encontros regulares do NPCS com os parceiros não governamentais?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Obs:

		22	Existem encontros regulares do NPCS com o sector privado ?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		23	Existem encontros regulares do NPCS com as Comissões Distritais ?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		24	A comunicação do NPCS com os parceiros de implementação é efetiva ?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		25	A CDCS realiza reuniões de coordenação multi-sectorial ?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		26	O NPCS coordena reuniões de grupos técnicos de comunicação, preservativos e M&A?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		27	O NPCS realiza reuniões de planificação conjunta com as CDCS ?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		28	O NPCS realiza reuniões de planificação conjunta com os parceiros de implementação ?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	M&A	29	O NPCS conhece todas as organizações que trabalham com HIV/SIDA na Província?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		30	O NPCS conhece as atividades desenvolvidas pelas organizações que trabalham com HIV/SIDA?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		31	O NPCS fornece os indicadores padronizados para a resposta do HIV na Província?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		32	O NPCS solicita dados trimestrais à sua instituição?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		33	O NPCS inclui os dados da sua instituição nos relatórios provinciais?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		34	O NPCS envia os relatórios (trimestrais, semestrais e anuais) para os parceiros?										Obs:
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	Apoio Técnico	35 O NPCS devolve as informações solicitadas pela sua instituição, atempadamente ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		36 O NPCS faz visitas regulares à sua instituição, para dar apoio técnico ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		37 O NPCS recebe visita de apoio técnico do CNCS? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		38 O NPCS faz reuniões internas regulares de planificação e avaliação das atividades ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		39 A comunicação interna do NPCS é efetiva ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		40 O NPCS entrega os preservativos à sua instituição, na quantidade solicitada ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		41 O NPCS entrega os preservativos à sua instituição, atempadamente ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Formação	42 O NPCS dá treinamento/formação específica sobre HIV/SIDA? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		43 O NPCS dá treinamento/formação na área de planificação, gestão, monitoria e avaliação de programas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		44 O NPCS dá treinamento/formação na área de gestão de projetos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Comunicação	45 O NPCS tem uma estratégia de comunicação ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		46 O NPCS sempre tem material IEC disponível para distribuição ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:

		<p>47 O material IEC que o NPCS distribui atende às necessidades da sua instituição?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>48 O material IEC que o NPCS distribui, é voltado para a mudança de comportamento da população?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>49 Que outro tipo de material IEC ou estratégia seria importante o NPCS produzir/implementar? Escreva abaixo:</p>
<p>Recursos humanos</p>	<p>Capacidade técnica e de resposta</p>	<p>50 Qual a capacidade de resposta do NPCS na coordenação geral?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>51 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área de planificação e gestão de programas?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>52 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área de M&A?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>53 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área de interlocução com a sociedade civil?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>54 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área de comunicação?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>55 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área de base de dados?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>56 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área de preservativos?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p> <p>57 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área financeira?</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:</p>

		58 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área administrativa ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		59 Qual a capacidade de resposta do NPCS, na área de secretaria e recepção ?
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
		60 O que iria ajudar o NPCS a melhorar a sua capacidade de coordenação da resposta? Escreva abaixo:
		61 Observações a acrescentar: _____

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO :

Avaliação do instrumento	Relevância	62 Instrumento relevante para avaliação de capacidades do NPCS? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Abrangência	63 As questões cobriram todas as áreas relevantes? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Clareza	64 As questões foram formuladas com clareza? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Tamanho do questionário	65 O tamanho do questionário é adequado? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:
	Utilidade	66 Este instrumento pode ser utilizado por outros NPCS? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Obs:

Muito obrigado por participar deste estudo!

Estudo qualitativo: Avaliação de um Projeto de Fortalecimento das Capacidades para Resposta ao HIV: Estudo de Caso na Província de Gaza

Muito bom dia, obrigada por concordar em fazer parte desta entrevista.

A. Questões:

1- Quando falamos em Fortalecimento de Capacidades do Núcleo Provincial, o que significa para si este fortalecimento de capacidades?

2- No seu ponto de vista, como se dá o processo de coordenação da resposta ao HIV em Gaza/no Distrito? Quem está envolvido na resposta? Quem não está envolvido ou está pouco envolvido? Poderia dizer-me porque isso ocorre?

3- Na sua opinião, quais os fatores que influenciaram de forma positiva ou facilitaram o engajamento dos técnicos do NPCCS/pontos focais no Projeto de Fortalecimento para a resposta ao HIV em Gaza/no Distrito?

4- E quais foram os fatores que influenciaram de forma negativa ou dificultaram para este engajamento? (Para explorar o contexto externo e interno).

5- Sabe dizer-me quais as impressões que os parceiros e comunidade tiveram sobre as estratégias de coordenação do NPCCS levadas a cabo durante o período de vigência do Projeto com a JICA? E para si, qual foi a sua impressão? O que poderia ser melhorado?

6- Qual a sua opinião sobre as estratégias de descentralização do Projeto com a JICA? Que tipo de resultado pode ver ou o que lhe chamou mais atenção? O que teria feito de diferente (sugestões) para melhorar este processo de descentralização?

7- Qual a sua opinião sobre as estratégias de comunicação levadas a cabo durante o projeto com a JICA? Será que essas estratégias atenderam as necessidades dos parceiros e da comunidade? Em sua opinião, acha que ficou alguma lacuna? O que poderia ser feito para melhorar este componente?

8- Na sua opinião, que tipo de habilidades/postura/prática os técnicos do NPCCS/pontos focais deveriam ter para uma efetiva coordenação da resposta?

9- E olhando para esses técnicos hoje, acha que correspondem às suas expectativas? Você nota algo de diferente? A que você acha que se deve essa diferença/mudança?

10- O/A Sr/a consegue identificar alguma boa prática como resultado do Projeto de Fortalecimento, que possa ser compartilhado pelo NPCS e pontos focais com outros Núcleos e Distritos? Porque pensa ser esta uma boa prática?

11- E em termos de sustentabilidade das acções, pensa que a CDCS terá condições de continuar com as atividades estratégicas desenvolvidas no âmbito do Projeto? De que maneira?

12- Em sua opinião, que tipo de contribuição trazem os projetos de cooperação como o da JICA? O que pode ser melhorado para futuros projetos desta natureza?

B. Caracterização do entrevistado

a. NIE (Número de Identificação do Entrevistado)

b. Idade: _____ c. Sexo: Masculino () Feminino ()

d. Estado civil: _____ e. Profissão: _____

f. Qualificação Acadêmica (completa) e área de formação:

() Nível Básico (1ª a 7ª classe)

() Nível médio/técnico básico (8ª a 10ª classe) _____

() Técnico médio/profissional (11ª a 12ª) _____

() Universitário

() Mestrado

() PhD

g. Experiência profissional (anos ou meses): _____

h. Experiência na área do HIV (anos ou meses): _____

i. Que posição/cargo se encontra atualmente?

() Técnico do CNCS/NPCS

() ponto focal

() administrador

() outros : _____

j. Há quanto tempo está no cargo atual? _____.

k. Ocupa esta função a tempo inteiro? () Sim () Não

l. Se parcialmente, qual a outra função que desempenha e qual o % de dedicação?

m. Que cargo ocupou anteriormente? _____

n. E quanto tempo esteve no cargo anterior _____?

o. Participa de algum Grupo Técnico? Se sim, qual?

p. Recebeu algum tipo de formação na área do HIV: Sim () Não ()

q. Se sim, quais foram as mais relevantes:

Chegamos ao fim. Mais uma vez muito obrigada por disponibilizar seu tempo para esta entrevista!

Anexo 5: Roteiro para Grupo Focal - Líderes comunitários

Objetivo: Apreender as percepções dos diversos intervenientes sobre o papel do NPCS/CDCS na resposta ao HIV/SIDA na Província de Gaza e a atuação dos seus interlocutores

Passos:

- 1) Pedir para preencher o pequeno questionário demográfico;
- 2) Apresentar o estudo aos participantes do grupo focal;
- 3) Ler e discutir o termo de consentimento verbal (incluindo gravação da entrevista);
- 4) Informar sobre o lanche após finalização do grupo;
- 5) Fazer acordo verbal com o grupo sobre confidencialidade das informações compartilhadas;
- 6) Lembrar que a participação de todos é muito importante;
- 7) Lembrar que pode haver opiniões diferentes;
- 8) Lembrar as regras de convívio: falar uma pessoa por vez, dar oportunidade para todos falarem, deixar o telemóvel no silencioso, não sair do grupo;
- 9) Ligar gravador e iniciar a gravação com data, local, tipo de grupo focal (por exemplo, grupo focal com lideranças), número de participantes.

Roteiro de perguntas:

1. **Quais são os principais problemas relacionados ao HIV/SIDA no seio da comunidade que preocupam as lideranças? Como as lideranças identificam esses problemas? Como as lideranças resolvem estes problemas?** (identificar risco, prioridades, populações vulneráveis na comunidade)

2. **Vocês acham que os líderes deveriam realizar algum tipo de atividade relacionada ao HIV/SIDA na comunidade?**
Se sim, que atividades?

Se não, qual o motivo?

Quais são os maiores desafios para fazerem as atividades na comunidade?

3. **De que maneira as lideranças poderiam envolver mais a comunidade nos assuntos relacionados ao HIV/SIDA?**

4. **Na sua opinião, qual deve ser o papel das lideranças na resposta ao HIV/SIDA?**

5. Sabem se há formação ou treinamento sobre HIV/SIDA disponível para as lideranças?

Se sim, quem dá esta formação e qual o enfoque (prevenção, adesão, advocacia etc)? Se não, que tipo de formação gostariam de ter?

6. O governo tem envolvido as lideranças comunitárias na problemática do HIV/SIDA?

Se sim, como se dá este envolvimento?

Se não, de que maneira acha que poderiam ser envolvidos?

7. Do ponto de vista das lideranças, qual deve ser o papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA? E isto está a ser feito?

8. O que a comunidade espera que o Governo faça para melhorar a resposta do HIV/SIDA?

9. Na sua opinião, como está organizada a resposta ao HIV/SIDA no seu distrito/cidade? Quem participa?

Pensam que a população está satisfeita?

Se não, o que acha que falta? Como poderia melhorar?

10. Qual é o meio mais comum, em que vocês costumam receber informação sobre o HIV/SIDA?

(Rádio, TV, panfletos, palestras), Consideram esta a forma mais adequada? O que sugerem que seja o ideal para a comunidade?

Vocês tem recebido material informativo com frequência? Se sim, quem fornece? A comunidade percebe a informação? Que tipo de informação vocês consideram importante para a comunidade?

11. Quais são as mensagens sobre o HIV/SIDA que a comunidade mais necessita? (como prevenção, adesão, cuidado e tratamento)

12. Já viram este tipo de material colado nos chapas e nos painéis gigantes pela cidade/distrito?

Se sim, o que pensa sobre essas mensagens?

Muito obrigada pela vossa participação!

- Colocar-se à disposição para dúvidas futuras (termo de consentimento)
- Esclarecer sobre outras dúvidas dos participantes

Anexo 6: Roteiro para Grupo Focal - (Organizações da Sociedade Civil Comunitárias de Base e Organizações Não Governamentais Internacionais)

Objetivo: Apreender as percepções dos diversos intervenientes sobre o papel do NPCS/CDCS na resposta ao HIV/SIDA na Província de Gaza e a atuação dos seus interlocutores

Passos:

- 1) Pedir para preencher o pequeno questionário demográfico;
- 2) Apresentar o estudo aos participantes do grupo focal;
- 3) Ler e discutir o termo de consentimento verbal (incluindo gravação da entrevista);
- 4) Informar sobre o lanche após finalização do grupo;
- 5) Fazer acordo verbal com o grupo sobre confidencialidade das informações compartilhadas;
- 6) Lembrar que a participação de todos é muito importante;
- 7) Lembrar que pode haver opiniões diferentes;
- 8) Lembrar as regras de convívio: falar uma pessoa por vez, dar oportunidade para todos falarem, deixar o telemóvel no silencioso, não sair do grupo;
- 9) Ligar gravador e iniciar a gravação com data, local, tipo de grupo focal (por exemplo, grupo focal com lideranças), número de participantes.

Roteiro de perguntas:

1. **Quais são os principais problemas relacionados ao HIV/SIDA, no seio da comunidade, que preocupam as organizações? Como as organizações identificam esses problemas? Como as organizações resolvem estes problemas?** (identificar risco, prioridades, populações vulneráveis na comunidade)
2. **Quais são as atividades relacionada ao HIV/SIDA mais frequentes realizadas pelas organizações na comunidade? Quem são os beneficiários mais comuns?**
Quais são os maiores desafios para fazerem as atividades na comunidade?
3. **De que maneira a comunidade poderia ser mais envolvida na resposta ao HIV/SIDA?**
4. **As lideranças comunitárias acompanham as atividades das organizações na comunidade?**
Se não, qual é o motivo?

Se sim, como é feita essa comunicação sobre a atividade?

- 5. Como essas atividades são definidas e planificadas?**
(Vem do escritório central ou é planificado localmente).
- Essa planificação é partilhada? Se sim, com quem?*
- Essa planificação é integrada em algum sistema ou com outros planos? Como?*
- 6. Que temas seriam importantes serem abordados em formações ou treinamento na área do HIV/SIDA para as organizações?**
- 7. Geralmente como se dá a sustentabilidade das organizações? Conseguem aceder a algum tipo de fundos de financiamento?**
(Recebe fundos de outras organizações ou é via projetos) Quais são os desafios? O que poderia ser melhorado?
- 8. Na sua opinião, como está organizada a resposta ao HIV/SIDA no seu distrito/cidade? Quem participa?**
A População está satisfeita? Se não, o que acha que falta? Como poderia melhorar?
- 9. Além de vocês, existem neste distrito/cidade outras instituições/organizações que realizam atividades relacionadas ao HIV/SIDA?**
Sabe o que elas fazem? (Se não), teria interesse de saber o que elas fazem? O que sugere para melhorar este fluxo de informação?
- (Se sim) Como ficam a saber? Existem fóruns ou reuniões de coordenação? O que fazem/discutem nessas ocasiões?*
- 10. Na sua opinião, qual deve ser o papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA? E isto está a ser feito?**
- 11. O que as organizações esperam que o Governo faça para melhorar a resposta do HIV/SIDA?**
- 12. Na sua opinião, qual é o meio mais comum, que a comunidade costuma receber informação sobre o HIV/SIDA?**
(Rádio, TV, panfletos, palestras), Consideram esta a forma mais adequada? O que sugerem que seja o ideal para a comunidade?
- Vocês produzem/distribuem material informativo com frequência? Se sim, quem fornece? A comunidade percebe a informação? O que precisa ser melhorado?*
- 13. Quais são as mensagens sobre o HIV/SIDA que a comunidade mais necessita?**
(como prevenção, adesão, cuidado e tratamento)

14. Já viram este tipo de material colado nos chapas e nos painéis gigantes pela cidade/distrito?

Se sim, o que pensa sobre essas mensagens?

15. Qual é o papel das ONG/OSC na resposta ao HIV/SIDA?

Muito obrigada pela vossa participação!

- Colocar-se à disposição para dúvidas futuras (termo de consentimento)
- Esclarecer sobre outras dúvidas dos participantes

Anexo 7: Roteiro para Grupo Focal – Comunidade (mulheres)

Objetivo: Apreender as percepções dos diversos intervenientes sobre o papel do NPCS/CDCS na resposta ao HIV/SIDA na Província de Gaza e a atuação dos seus interlocutores

Passos:

- 1) Pedir para preencher o pequeno questionário demográfico;
- 2) Apresentar o estudo aos participantes do grupo focal;
- 3) Ler e discutir o termo de consentimento verbal (incluindo gravação da entrevista);
- 4) Informar sobre o lanche após finalização do grupo;
- 5) Fazer acordo verbal com o grupo sobre confidencialidade das informações compartilhadas;
- 6) Lembrar que a participação de todos é muito importante;
- 7) Lembrar que pode haver opiniões diferentes;
- 8) Lembrar as regras de convívio: falar uma pessoa por vez, dar oportunidade para todos falarem, deixar o telemóvel no silencioso, não sair do grupo;
- 9) Ligar gravador e iniciar a gravação com data, local, tipo de grupo focal (por exemplo, grupo focal com lideranças), número de participantes.

Roteiro de perguntas:

1. **Quais são os principais problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade? Como vocês identificam esses problemas? Como vocês resolvem estes problemas?** (identificar risco, prioridades, a vulnerabilidade da mulher no seio da comunidade)
2. **Quem vocês acham que são mais vulneráveis para contraírem o HIV/SIDA? Porque?**
3. **Vocês acham que as mulheres tem um papel igual ou diferente dos homens na resposta ao HIV/SIDA na comunidade? Porque?**
4. **De que maneira poderia envolver mais a comunidade nos assuntos relacionados ao HIV/SIDA?**
5. **Sabem se existe algum tipo de atividade relacionada ao HIV/SIDA na comunidade?**
Se sim, que atividades? Quem realiza?
Já participou em algumas das atividades realizadas? Se não, qual o motivo?

Quais são os maiores desafios para fazerem as atividades na comunidade?

Que tipo de atividade consideram ser importantes?

- 6. Na sua opinião, como está organizada a resposta ao HIV/SIDA no seu distrito/cidade? Quem participa?**

A População está satisfeita?

Se não, o que acha que falta? Como poderia melhorar?

- 7. Quais são as populações ou beneficiários mais favorecidos pelas atividades/intervenções em HIV/SIDA?**

O que pensam sobre isso? Como as mulheres e crianças são consideradas? Sabe se há estratégias para o envolvimento dos parceiros?

- 8. Qual é o meio mais comum, em que vocês costumam receber informação sobre o HIV/SIDA?**

(Rádio, TV, panfletos, palestras), Consideram esta a forma mais adequada? O que sugerem que seja o ideal para a comunidade?

Vocês tem recebido material informativo com frequência? Se sim, quem fornece? A comunidade percebe a informação? O que precisa ser melhorado? Que tipo de informação pensam ser o mais importante?

- 9. Quais são as mensagens sobre o HIV/SIDA que a comunidade mais necessita?**
(como prevenção, adesão, cuidado e tratamento)

- 10. Já viram este tipo de material colado nos chapas e nos painéis gigantes pela cidade/distrito?**

Se sim, o que pensa sobre essas mensagens?

- 11. Na sua opinião, qual deve ser o papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA? E isto está a ser feito?**

- 12. O que a comunidade espera que o Governo faça para melhorar a resposta do HIV/SIDA?**

- 13. Na sua opinião, qual deve ser o papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA?**

Muito obrigada pela vossa participação!

- Colocar-se à disposição para dúvidas futuras (termo de consentimento)
- Esclarecer sobre outras dúvidas dos participantes

Anexo 8: Roteiro para Grupo Focal – Comunidade (homens)

Objetivo: Apreender as percepções dos diversos intervenientes sobre o papel do NPCS/CDCS na resposta ao HIV/SIDA na Província de Gaza e a atuação dos seus interlocutores

Passos:

- 1) Pedir para preencher o pequeno questionário demográfico;
- 2) Apresentar o estudo aos participantes do grupo focal;
- 3) Ler e discutir o termo de consentimento verbal (incluindo gravação da entrevista);
- 4) Informar sobre o lanche após finalização do grupo;
- 5) Fazer acordo verbal com o grupo sobre confidencialidade das informações compartilhadas;
- 6) Lembrar que a participação de todos é muito importante;
- 7) Lembrar que pode haver opiniões diferentes;
- 8) Lembrar as regras de convívio: falar uma pessoa por vez, dar oportunidade para todos falarem, deixar o telemóvel no silencioso, não sair do grupo;
- 9) Ligar gravador e iniciar a gravação com data, local, tipo de grupo focal (por exemplo, grupo focal com lideranças), número de participantes.

Roteiro de perguntas:

1. **Quais são os principais problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade? Como vocês identificam esses problemas? Como vocês resolvem estes problemas?** (identificar risco, prioridades, a vulnerabilidade da mulher no seio da comunidade)
2. **Quem vocês acham que são mais vulneráveis para contraírem o HIV/SIDA? Porque?**
3. **Vocês acham que os homens tem um papel igual ou diferente das mulheres na resposta ao HIV/SIDA na comunidade? Porque?**
4. **De que maneira poderia envolver mais a comunidade nos assuntos relacionados ao HIV/SIDA?**
5. **Sabem se existe algum tipo de atividade relacionada ao HIV/SIDA na comunidade?**
Se sim, que atividades? Quem realiza?
Já participou em algumas das atividades realizadas? Se não, qual o motivo?

Quais são os maiores desafios para fazerem as atividades na comunidade?

Que tipo de atividade consideram ser importantes?

- 6. Na sua opinião, como está organizada a resposta ao HIV/SIDA no seu distrito/cidade? Quem participa?**

A População está satisfeita? Se não, o que acha que falta? Como poderia melhorar?

- 7. Quais são as populações ou beneficiários mais favorecidos pelas atividades/intervenções em HIV/SIDA ?**

O que pensam sobre isso? Como as mulheres e crianças são consideradas? Sabe se há estratégias para o envolvimento dos parceiros?

- 8. Qual é o meio mais comum, em que vocês costumam receber informação sobre o HIV/SIDA?**

(Rádio, TV, panfletos, palestras), Consideram esta a forma mais adequada? O que sugerem que seja o ideal para a comunidade?

Vocês tem recebido material informativo com frequência? Se sim, quem fornece? A comunidade percebe a informação? O que precisa ser melhorado? Que tipo de informação pensam ser o mais importante?

- 9. Quais são as mensagens sobre o HIV/SIDA que a comunidade mais necessita?**
(como prevenção, adesão, cuidado e tratamento)

- 10. Já viram este tipo de material colado nos chapas e nos painéis gigantes pela cidade/distrito?**

Se sim, o que pensa sobre essas mensagens?

- 11. Na sua opinião, qual deve ser o papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA? E isto está a ser feito?**

- 12. O que a comunidade espera que o Governo faça para melhorar a resposta do HIV/SIDA?**

- 13. Na sua opinião, qual deve ser o papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA?**

Muito obrigada pela vossa participação!

- Colocar-se à disposição para dúvidas futuras (termo de consentimento)
- Esclarecer sobre outras dúvidas dos participantes

**Avaliação de um projeto de fortalecimento das capacidades para resposta
ao HIV: Estudo de caso na Província de Gaza**

Informação sobre o Estudo: Estamos convidando-o/a a participar do estudo intitulado "Avaliação de um projeto de fortalecimento das capacidades para resposta ao HIV: Estudo de caso na Província de Gaza".

Este estudo tem como **objetivo** avaliar uma estratégia para o fortalecimento de capacidades das pessoas envolvidas na resposta ao HIV na Província de Gaza.

Para participar deste estudo, o/a Sr/a deverá ter mais de 18 anos, falar português e concordar em participar voluntariamente. Se concordar em participar deste estudo, peço que leia este formulário de consentimento e em seguida assine logo abaixo, de forma a confirmar que concorda em participar do estudo. Uma cópia desse consentimento lhe será dado para guardar consigo caso seja do seu desejo.

Explicarei, os procedimentos e os possíveis benefícios e riscos de sua participação, e peço que diga se tem alguma preocupação em relação ao estudo.

Procedimentos: Faremos uma entrevista que consiste de algumas perguntas relacionadas à resposta ao HIV/SIDA em Gaza, e esperamos que não demore mais que 30 minutos. No final da entrevista, nós lhe perguntaremos também algumas informações pessoais sobre si como idade, escolaridade, local de trabalho.

Riscos: Sua participação neste estudo não trará para si, qualquer dano que seja do nosso conhecimento, A única inconveniência é o tempo dispensado para a entrevista.

Benefícios: Não há nenhum benefício direto para si, além de saber que a informação colhida neste estudo será usada para propor melhorias nas políticas e programas na área do HIV/SIDA.

Confidencialidade: Esta entrevista será gravada apenas para facilitar a análise dos conteúdos e não perder a riqueza dos detalhes, entretanto seu nome ou qualquer outra forma de identificação não irá aparecer na gravação. A informação que irá nos fornecer não será compartilhada com nenhuma pessoa que não seja da equipa do estudo, serão

guardadas num lugar seguro e todo o esforço será feito para proteger a sua confidencialidade.

Compensação: Não haverá qualquer tipo de compensação pela sua participação neste estudo.

Participação Voluntária: Sua participação neste estudo é completamente voluntária e tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento. Você não terá que responder a quaisquer perguntas que não seja da sua aceitação.

Se desejar obter mais informações técnicas sobre o estudo poderá contactar:

Mie Okamura, investigadora

Telefone: 82 304 1725

E-mail: mie.okamura@gmail.com

Se deseja esclarecer questões éticas como participante poderá contactar:

Comité Nacional de Bioética para a Saúde

Telefone +258 824066350

Assinatura

Participante do Estudo: Eu entendi os requisitos para esta avaliação e concordo em participar. Eu confirmo a minha participação com a assinatura abaixo.

Nome _____

Assinatura _____

O Entrevistador

Nome em Letra de Forma _____

Assinatura _____

Local, Data :

**Avaliação de um projeto de fortalecimento das capacidades para resposta
ao HIV: Estudo de caso na Província de Gaza**

Informação sobre o Estudo: Estamos convidando-o/a a participar do estudo intitulado "Avaliação de um projeto de fortalecimento das capacidades para resposta ao HIV: Estudo de caso na Província de Gaza".

Este estudo tem como **objetivo** avaliar uma estratégia para o fortalecimento de capacidades das pessoas envolvidas na resposta ao HIV na Província de Gaza.

Para participar deste estudo, você deverá ter mais de 18 anos, falar português e concordar em participar voluntariamente. Se concordar em participar deste estudo, peço que leia este formulário de consentimento e em seguida assine logo abaixo, de forma a confirmar que concorda em participar do estudo. Uma cópia desse consentimento lhe será dado para guardar consigo caso seja do seu desejo. Explicarei, os procedimentos e os possíveis benefícios e riscos de sua participação, e peço que me diga se tem alguma preocupação em relação ao estudo.

Procedimentos: Faremos uma conversa em grupo que consiste de alguns temas relacionados à resposta ao HIV/SIDA no seu distrito/Cidade, e esperamos que não demore mais que 60 minutos.

Riscos: Sua participação neste estudo não traz para si, qualquer dano que seja do nosso conhecimento, a única inconveniência é o tempo dispensado para esta conversa.

Benefícios: Não há nenhum benefício direto para si, além de saber que a informação colhida neste estudo será usada para propor melhorias nas políticas e programas na área do HIV/SIDA.

Confidencialidade: Esta conversa será gravada apenas para facilitar a análise dos conteúdos e não perder a riqueza dos detalhes, entretanto seu nome ou qualquer outra forma de identificação não irá aparecer na gravação. A informação que irá nos fornecer não será compartilhada com nenhuma pessoa que não seja da equipa do estudo, serão guardadas num lugar seguro e todo o esforço será feito para proteger a sua confidencialidade.

Compensação: Não haverá qualquer tipo de compensação pela sua participação neste estudo.

Participação Voluntária: Sua participação neste estudo é completamente voluntária e tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento. Você não terá que responder a quaisquer perguntas que não seja da sua aceitação.

Se desejar obter mais informações técnicas sobre o estudo poderá contactar:

Mie Okamura, investigadora

Telefone: 82 304 1725

E-mail: mie.okamura@gmail.com

Se deseja esclarecer questões éticas como participante poderá contactar:

Comité Nacional de Bioética para a Saúde

Telefone +258 824066350

Assinatura

Participante do Estudo: Eu entendi os requisitos para esta avaliação e concordo em participar. Eu confirmo a minha participação com a assinatura abaixo.

Nome _____

Assinatura _____

O Entrevistador

Nome em Letra de Forma _____

Assinatura _____

Local, Data :

Anexo 11: Grelha de análise – entrevistas

Tema	Categoria	Sub-categoria 1	Sub-categoria 2	Sub-categoria 3
Fortalecimento de capacidades	Capacitação do capital humano	Formação / treinamento Capacidade técnica e de articulação Existência de RH		
	Capacitação institucional Financeiro, infraestrutura e materiais Apropriação e liderança do governo Abordagem multissetorial	Procedimentos/manuais e guíões/ferramentas de gestão Boas condições de trabalho		
Processo de Coordenação	Nível provincial	Envolvidos	Setor público Setor privado Sociedade civil	
		Não envolvidos ou pouco envolvidos	Setor público Setor privado Setor público	
	Nível distrital	Envolvidos	Setor privado Sociedade civil	
		Não envolvidos ou pouco envolvidos	Lideranças comunitárias AMETRAMO	
Envolvimento (compromisso) dos técnicos no projeto	Nível provincial	Motivação	Crescimento pessoal Institucional Liderança	
	Nível distrital	Constrangimento Motivação	Contexto externo Crescimento pessoal	

Estratégia de coordenação	Impressões positivas	Constrangimento	Institucional Falta de um estatuto orgânico Financeiro	
		Ações coordenadas Melhor comunicação externa Maior abrangência de parceiros Complementaridade das ações Maior envolvimento dos dirigentes e lideranças Papel e compromisso dos atores		
	Desafios e sugestões para melhoria	Autonomia sobre os recursos Imposição de agenda por parte de parceiros Comunicação interna e externa deficiente Existência e disponibilidade dos pontos focais Motivação dos pontos focais		
Estratégia de descentralização	Recursos humanos			Percentual de dedicação Não ter equipa de trabalho Alta mobilidade
		Constrangimentos	Pouca disponibilidade	
			Enquadramento legal	
	Capacidade técnica no distrito	Maior autonomia técnica do ponto focal Melhor coordenação local Apropriação das lideranças locais		
	Desafios	Alocação de fundos específicos para o HIV		

Estratégia de comunicação	Partilha de informação	Melhorar as competências dos pontos focais Descentralização efetiva com planificação local Boletim Tiwoneli Outros meios	Questão geográfica Língua e costumes
	Dinamização do grupo técnico de comunicação Envolvimento dos meios de comunicação		
	Outros meios de veiculação da mensagem	Autocolantes Painéis gigantes Concurso de canto e dança nas escolas	
	Produção local de mensagens		
Habilidades e postura		Alcance da comunidade	
		Capacitação da média	
	Desafios	Envolvimento da liderança Aumento da disponibilidade de materiais Coordenação com parceiros que trabalham com comunicação Técnico e serviços	
	Conhecimento	Legislação Língua local	
	Habilidades interpessoais	Capacidade de escuta e comunicação Disponibilidade/abertura	

Boas práticas	Correspondência às expectativas	Comprometimento
	Capacitação	Técnicos do NPCS
		Pontos focais
		Planificação estratégica
		Educação de pares
		Coordenação multissetorial e trabalho em equipe
	Coordenação	Gestão de preservativos
		Encontros sistemáticos de coordenação
		Grupos técnicos
		Revitalização do jornal
	Comunicação	Produção local de materiais
		Concurso de escolas
	Descentralização	
	Motivo para ser considerado boa prática	
	Técnica	Existe
Sustentabilidade		Desafios
		Existe
	Financeira	Não existe
		Desafios
		Existe
	Politica	Não existe
		Desafios
	Estratégias para continuar com as acções	
	Aspetos positivos	Intercâmbio e troca de sinergias
		Aprendizagem

Contribuição de
projetos
bilaterais

Aspetos negativos

Sugestões para
melhoria

Criação de capacidade institucional
Ajuda financeira e de materiais
Criação de demanda
Contribuições pontuais
Acomodação do governo
Alargar a estratégia
Indução da apropriação

Anexo 12: Grelha de análise - grupos focais

	Categoria	Subcategoria 1	Subcategoria 2	Subcategoria 3
Problemas relacionados ao HIV/SIDA que preocupam a comunidade	Noção de risco	Aspeto Cultural	Kutxinga	Perpetuação da prática
				Cariz económico
				Mudança nas práticas
			Outras práticas tradicionais	Busca pelo curandeiro
				Tratamento com raízes
				Uso de materiais cortantes e sangue fresco
			Crenças e mitos	Perceção e mudança nas práticas tradicionais
				Feitiço
				Confusão com tuberculose
				Pensa que está curado
Vulnerabilidade		Comportamental	Poligamia	
			Drogas e alcoolismo	Uso excessivo na camada jovem
				Influência dos pais
			Fraco uso do preservativo	Falta do insumo
		Frac adesão		Recusa na utilização
				Desafios relacionados à mudança comportamental
			Prostituição	
			Contaminação propositada	
		Ao tratamento	Aos serviços	Homem
				Baixa qualidade do serviço
		Sangue e material contaminado		Distância
				Efeitos colaterais dos medicamentos
				Fome
				Longo período de tratamento
		Mulheres		Busca de trabalho na África do Sul
				Abandono
		Raparigas		
Crianças				

			Dependência dos avós Trabalho infantil	
Atividades na comunidade	Sociedade civil	Económica	Aumento da infeção nas zonas de comércio Diminuição da capacidade laboral e poder aquisitivo Atraso no desenvolvimento do país	
		Estigma e discriminação	Negação da própria situação Não revelação do sero estado à família Não adesão ao serviço Isolamento social	
		Morte	Perda do capital humano	
		Como identificam	Sociedade civil	
		Como resolvem	Lideranças locais	
			Apoio das organizações da sociedade civil	
		Comunidade	Comunidade	Visitas domiciliaries Grupos GAACs Palestras na comunidade Reuniões populares Visitas dos comités de gestão à comunidade
				Apoio das organizações da sociedade civil
				Fortalecimento económico Fortalecimento dos sistemas Apoio em material escolar e alimentação às crianças Aconselhamento Cuidados domiciliaries Encaminhamento aos serviços de saúde
				Lideranças
Prevenção	Distribuição de preservativos Palestras para a comunidade Palestras para as lideranças Palestras nas escolas Debates comunitários Reuniões populares Aconselhamento e testagem em saúde Mostra de vídeo			
	Treinamento dos médicos tradicionais			
Cuidado às PVHS	Referenciamento aos serviços de saúde			

Papel da comunidade na resposta ao HIV/SIDA	Lideranças	Mobilização de recursos	Buscas ativas	Tem conhecimento mas ignoram Jovens não participam Não aceitam ativistas que vem de outras localidades Negação ao tratamento Dificuldade em organizar os GAACs Falta de recursos financeiros / pobreza Nomes e endereços falsos Falta de recursos financeiros Ampliação do número de ativistas Falta de incentivo para os ativistas Ampliação da rede de serviços
		Desafios	Visitas e cuidados domiciliários	
			Apoio as COV e PVHS	
			Comunidade	
	Escolha de atividades relevantes		PVHS	
			Organizações	
		Prevenção	Serviços	
			Palestras para a comunidade	
			Reuniões populares	
			Prevenção nas igrejas	
	Participação do homem	PVHS	Visitas domiciliaries	Convida saúde e organizações de sociedade civil
		Desafios	Levantamento de necessidades	
	Participação da mulher		Trabalhadores que vivem na África do Sul	
		Circuncisão médica masculina		
Como envolver mais a população	Buscas ativas			
	Reunião com os homens			
	Desafios	Machismo		
		Não vão aos serviços de saúde		
		Não tem interesse		
		Mulher	Questão de género	
		Desafios		
		Criar grupo de conversa de homens		
		Palestras semanais		
		Díálogo familiar		
	Apropriação do HIV como problema da comunidade			
	Desafios	Falar sobre preservativos na família		
			Empoderamento da mulher	
		Facilitação dos activistas		

Papel da liderança na resposta ao HIV/SIDA	Coordenação das atividades no terreno com as organizações	Participação efetiva nas atividades das organizações		
	Ações voltadas à comunidade	Sensibilização e mobilização da comunidade Conhecer o estado de saúde da população Emissão de documentação e certificados de pobreza Participa nos comités de saúde	Identificar os problemas de saúde na comunidade Melhoria dos serviços	
Papel das OCB/ONG na resposta ao HIV/SIDA	Formação para as lideranças em temas relacionados ao HIV/SIDA	Quem dá a formação Que formação gostaria de ter Desafios	Abranger todos os níveis da estrutura local	
	Ações coordenadas	Gestão e boa comunicação interna Coordenação das atividades com as lideranças locais Coordenação entre as organizações		
	Informação e educação	Comunicadores Sensibilizadores Conselheiros		
	Atenção e cuidado	Identificar necessidades Estabelecer a ligação	Necessidade dos utentes Informar as necessidades às lideranças Encaminhar às instituições de apoio social Encaminhar às unidades sanitárias	Buscas ativas
	Estrutural	Realizar os cuidados Existência de organizações no terreno Sustentabilidade das organizações	Cuidados domiciliários Financeira	Própria Fundos de parceiros Governo
	Desafios encontrados no terreno	Necessidade de formação diversificada dos ativistas Envolver população dos diversos níveis sociais	Técnica	

Papel do Governo na resposta ao HIV/SIDA	Coordenação	Definição de políticas e estratégias Promoção dos encontros de coordenação Parceria com organizações Parceria com lideranças locais	Ser representado pelas lideranças nas comunidades	
	Promoção e prestação de serviços	Atividades específicas e pontuais Saúde	Atendimento nas unidades sanitárias Disponibilização de medicamentos TARV Gestão de preservativos Disponibilização de alimentos e recursos	
	Ação social			
	Formação	Capacitação das lideranças e estruturas locais		
	Desafios	Coordenação	<p>Maior conhecimento da situação no terreno</p> <p>Melhor coordenação com as organizações parceiras</p> <p>Maior envolvimento das lideranças</p> <p>Maior presença nas comunidades</p>	
		Promoção e prestação de serviços	Saúde	Qualidade dos serviços
		Formulação de políticas	<p>Ação social</p> <p>Incentivo aos ativistas</p> <p>Incentivo às lideranças</p> <p>Financiamento às associações</p> <p>Cumprimento das leis, controle e vigilância</p>	Acesso ao serviço
				Apoio em alimentos e bens
Informação sobre HIV/SIDA	Meios mais comuns que a população recebe informação sobre HIV	<p>Rádio</p> <p>Ativistas</p> <p>TV</p> <p>Panfletos</p> <p>Outros</p>	<p>Programas específicos</p> <p>Visitas à comunidade</p> <p>Palestras na comunidade</p> <p>Programas específicos</p>	
			<p>Escolas</p> <p>Hospitais</p> <p>Associações</p>	
	Melhor meio de levar a informação	Activistas		

Disponibilidade de materiais	Sim	Por meio das organizações
Percepção geral da comunidade sobre a informação	Não	
Desafios	Sim	
	As pessoas dão pouca importância à informação	Mitos e não-aceitação
	Dificuldade de acesso à informação	Preferem outros assuntos e programas
		Língua
		Geográfico
		Meios de comunicação

Anexo 13: Parecer do Conselho de Ética IHMT



Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Presidente: Prof. Doutor Gilles Dussault

Parecer nº 06-2014-TD

Título do Estudo: Avaliação de um projecto de fortalecimento das capacidades para resposta ao HIV: Estudo de caso na Província de Gaza - Moçambique

Nome da Investigadora Principal: Mie Okumura

Nome dos Orientadores: Sónia Dias e Zulmira Hartz, IHMT

Entidades promotoras: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Objectivo do estudo: Avaliar a implementação do Projecto de Fortalecimento das Capacidades do Núcleo Provincial de Combate ao SIDA para resposta ao HIV na Província de Gaza – Moçambique.

Justificativa e desenho do estudo: O estudo propõe recolher evidências sobre desenvolvimento de capacidades no campo dos programas de apoio ao desenvolvimento das comunidades e verificar como são realizadas as avaliações de implantação nesta área de maneira a melhor estabelecer o estado da arte. Pretende verificar: 1) que tipos de avaliação e desenhos de estudos são utilizados; 2) quais são os factores determinantes e mecanismos de acção que estão subjacentes à implementação destes programas; 3) que tipos de indicadores se têm utilizado; 4) que tipos de resultados foram encontrados; 5) qual é a contribuição dos projectos desta natureza no apoio ao desenvolvimento e fortalecimento de capacidades. A metodologia a seguir está e entre outros aspectos, serão utilizados questionários semi-estruturados, formulários para a recolha das informações contidas nas bases de dados, nos documentos oficiais e relatórios assim como guiões de grupos focais.

Conflito de interesses: Não parece haver conflitos de interesse.



Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Presidente: Prof. Doutor Gilles Dussault

Consentimento informado / informação para o participante: Os documentos fornecidos são adequados. A confidencialidade das informações recolhidas será garantida. Todos os documentos como os consentimentos informados assinados, questionários preenchidos, sessões de grupos focais gravadas serão mantidos em armários fechados de acesso limitado e os formulários codificados para preservar a confidencialidade dos participantes.

Conclusão:

O presente protocolo de estudo é considerado na sua essência eticamente válido, sendo aprovado pelo CEIHMT.

Lisboa, 9 de Maio de 2014

Prof. Doutor Gilles Dussault

Prof.ª Doutora Luzia Gonçalves

GILLES DUSSAULT
Presidente do Conselho de Ética

Anexo 14: Parecer do Comité Nacional de Bioética para a Saúde – Moçambique



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657

Exma Senhora
Dr^a. Mie Okamura

Ref: 306/CNBS/15

Data 28 de Outubro de 2015

Assunto: Parecer do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) sobre o estudo: *"Avaliação de um Projecto de Fortalecimento de Capacidades para a Resposta ao HIV: Estudo de caso na província de Gaza - Moçambique"*

O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no protocolo intitulado: *"Avaliação de um Projecto de Fortalecimento de Capacidades para a Resposta ao HIV: Estudo de caso na província de Gaza - Moçambique"*, Registrado no CNBS com o número 51/CNBS/2014, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia, Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a sua devida aprovação aos seguintes documentos:

- Protocolo de estudo versão 3
- Instrumentos de recolha de dados versão de 20 de Maio de 2015
- Consentimento informado de 17 de Agosto de 2015

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.
- 2- Não houve declaração de conflitos de interesse por um dos membros do CNBS.
- 3- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 28 de Outubro de 2016. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
- 4- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 5- A lista actualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.

A Secretária Executiva


Dra Rassul Nalá

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547
258 (1) 33320

